

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur G. GARRONE
Docteur J.P. JUNOD

**LE CENTRE DE GERIATRIE
FACE A UNE EVENTUELLE PERSPECTIVE
DE DECENTRALISATION**

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Raymond CASAYS

de

GENEVE

Thèse No 3517

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1976

**LE CENTRE DE GERIATRIE
FACE A UNE EVENTUELLE PERSPECTIVE
DE DECENTRALISATION**

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Raymond CASAYS

de

GENEVE

Thèse No 3517

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1976

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Gaston Garrone et docteur Jean-Pierre Junod, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 8 juillet 1976

Le doyen :
William Geisendorf

Thèse No 3517



Je remercie chaleureusement mes directeurs de thèse, le professeur G. Garrone et le Dr J.-P. Junod qui m'ont aidé à effectuer ce travail.

Mes remerciements s'adressent également au Dr G. Goda pour ses nombreux conseils ainsi qu'à M. D. Royo du service statistique cantonal qui m'a apporté un appui très important.

Que le professeur Moeschler du service d'anthropologie trouve ici l'expression de ma gratitude.

A MES PARENTS

A MA FEMME

I. INTRODUCTION

Considérations démographiques

Le vieillissement de la population dans les pays industrialisés dû principalement à l'amélioration constante des conditions de vie, de la diminution de la natalité, et dans une moindre mesure aux progrès de la médecine, pose depuis de nombreuses années des problèmes sérieux aux instances sanitaires et sociales s'occupant du 3ème âge.

La Suisse, et en particulier le Canton de Genève, n'ont pas échappé à cette évolution et l'augmentation constante du nombre de vieillards a modifié et va encore modifier de façon très nette la pyramide des âges (représentée sous forme de chiffres dans les tableaux 1 et 2) qui a tendance à s'amincir vers le bas et s'élargir vers le haut, même en tenant compte de variables telles que le problème des gains ou des pertes migratoires.

Classes d'âge	1900	1963
0 - 14	21,5 %	16,6 %
15 - 64	72,70	71,9 %
65 - 79	5,30	9,6 %
80 et plus	0,5 %	1,9 %

Tableau 1. Evolution des différentes classes d'âge de 1900 à 1963 à Genève (tableau emprunté à L. Raymond, rapport de la Commission cantonale genevoise chargée d'étudier l'ensemble des problèmes relatifs à la vieillesse. Aspect démographique, 1965).

Actuellement nous possédons l'état de la population âgée du canton de Genève en 1970 (recensement fédéral) et celui de 1973 (recensement intermédiaire).

Classes d'âge	1963 nb absolus	1968 nb absolus	1973 nb absolus
65 - 69	11.990	13.260	14.680
70 - 79	15.102	16.960	18.870
80 et plus	5.381	5.990	6.690
total	32.473	36.210	40.240

Tableau 2. Perspectives démographiques pour 1968 et 1973 à la lumière des résultats de 1963 à Genève.
(référence identique à celle du tableau 1).

Il paraît dès lors intéressant, pour étudier de façon plus précise l'évolution démographique, de comparer les états entre eux et également de comparer l'état de 1973 avec l'état de la même année prévu statistiquement en 1965 (tableaux 3 et 4).

Classe d'âge	1963	1970	1973
65 ans et plus nombre absolu	32.473	38.454 (+ 5981)	41.248 (+ 2794)

Tableau 3. Evolution du nombre absolu de personnes âgées de 65 ans et plus dans le canton de Genève.

Classe d'âge	1963	1970	1973
65 ans et plus	11,5 %	11,63 %	12,33 %
1 % par rapport à la population globale		(+ 0,13 %)	(+ 0,70 %)

Tableau 4. Evolution de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population globale du canton de Genève.

En examinant ces tableaux, on remarque que le nombre absolu de personnes âgées ainsi que leur proportion par rapport à la population genevoise globale a relativement peu augmenté de 1963 à 1970. Par contre, l'augmentation est beaucoup plus importante entre 1970 et 1973.

L'état de 1973 contredit donc les prévisions statistiques faites en 1965 qui prévoyaient une population âgée de 65 ans et plus, de 40,240 et un % par rapport à la population globale de 10,80 %. Ces prévisions s'appuyaient semble-t-il sur le phénomène du gain migratoire en période socio-économique favorable. D'après les états de 1973, on se rend compte que finalement le gain migratoire réalisé essentiellement dans la classe d'âge active n'a pas permis d'abaisser ni même d'équilibrer le % des personnes âgées de 65 ans et plus, par rapport à l'état de 1970, ce qui nous amène à penser que l'évolution économique défavorable à laquelle nous sommes confrontés depuis la fin de 1974, s'accompagnant d'une perte migratoire très importante, va certainement provoquer une augmentation substantielle de la proportion des vieillards par rapport à la population globale.

A cet égard l'état de 1974, qui sera connu à la fin de l'année 1976, sera très significatif.

Ces réalités démographiques ont amené les organisations chargées des services médicaux et sociaux des pays dits "favorisés" à étudier de façon plus précise les problèmes relatifs à la vieillesse, encouragés dans ce sens par les conclusions du 6ème rapport d'experts de la santé mentale de l'OMS de 1959 déjà, qui prévoyait la création de centres de coordination et d'information pour personnes âgées.

Depuis lors cette proposition a été reprise par de nombreux pays (l'Angleterre, la Hollande, la Scandinavie et la Suisse).

C'est de la création et de l'évolution d'un tel centre dans le canton de Genève que nous allons traiter dans la 2ème partie de l'introduction.

Création et évolution du Centre pour personnes âgées dans le Canton de Genève

a) Première période : 1966 jusqu'à l'ouverture de l'Hôpital de Gériatrie en 1971

La création du Centre d'information et de coordination pour personnes âgées en 1966 par le Département de la prévoyance et de la santé publique, s'inscrit dans un ensemble d'études réalisées en 1964 concernant les problèmes relatifs à la vieillesse dans le canton de Genève, ensemble s'appuyant, comme nous l'avons dit, sur une étude plus globale des problèmes de la vieillesse en Suisse, ainsi que dans certains pays étrangers (Scandinavie et anglo-saxons).

La commission chargée de cette étude a désigné 5 sous-commissions pour approfondir certains problèmes et c'est ainsi qu'une sous-

commission a été créée pour étudier la création d'un Centre d'information et de coordination pour personnes âgées.

Devant la multiplicité et la complexité des problèmes posés par les personnes âgées (maintien à domicile, placement en institutions, etc.) faisant intervenir différentes organisations spécifiques, l'idée d'un centre d'information et de coordination est tout naturellement née.

Les buts du centre ont été définis comme suit :

a) information du public :

Grâce à un fichier central, le CICPA est à même de renseigner famille, médecins, services sociaux, etc. sur tout problème concernant le vieillard.

b) collaboration :

Le CICPA doit permettre une meilleure collaboration entre les différentes organisations existantes.

c) action médico-sociale :

Le CICPA doit pouvoir évaluer l'état médico-social du vieillard et apprécier les possibilités soit du maintien à domicile (avec ou sans encadrement) soit d'un placement institutionnel adéquat.

d) formation du personnel :

Le CICPA doit organiser des cours de formation pour toute personne intéressée par le problème de la gérontologie et de la gériatrie et éventuellement de participer à la formation de médecins spécialistes en gériatrie.

Ces buts définis ont permis d'élaborer un dispositif gériatrique extra-hospitalier aux fonctions multiples (tableau 5) et ouvert à des utilisateurs multiples également (tableau 6).

Tableau 5

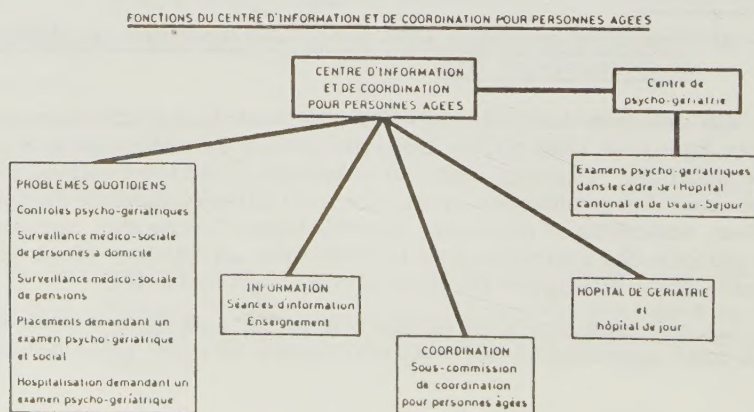
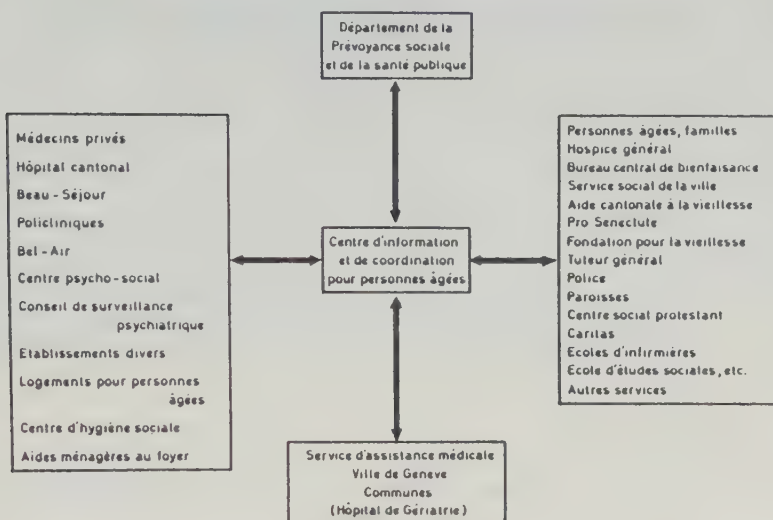


Tableau 6

UTILISATION DU CENTRE D'INFORMATION ET DE COORDINATION POUR PERSONNES AGEES



(Tableaux 5 et 6 empruntés à JUNOD J. -P. Activité d'un centre pour personnes âgées. Extrait revue médicale suisse romande, LXXXVIIIe année, 5, 1968).

- Prestations et modifications internes du CICPA de 1966 à 1971.

Au moment de sa création en 1966, le nombre global des personnes âgées était de 653.693 (fig. 1) et de 35.433 à Genève (fig. 2).

Sur ces 35.433 personnes âgées de 65 ans et plus à Genève, le 81 % de cette population jouissait d'une indépendance totale; le 13 % avait une diminution légère de leur degré d'indépendance, le 3 % était incapable d'entretenir sans aide leur ménage, le 2 % était grabataire et enfin le 1 % était atteint d'affections psychiatriques très graves avec de gros défauts.

Ce qui signifie qu'en 1966, 19 % de la population âgée, soit environ 6.732 personnes, pouvaient être considérées comme des cas gériatriques et de ce fait pouvaient être connues du CICPA.

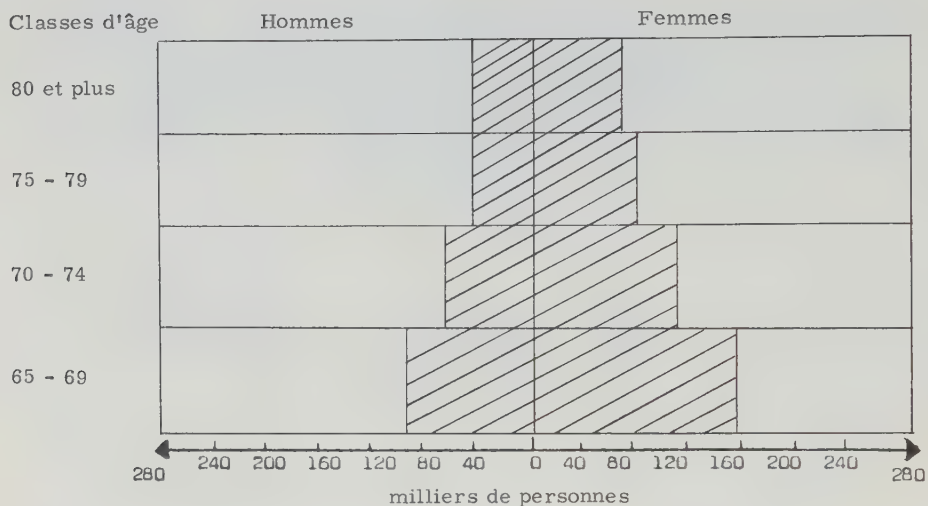


Fig. 1. Etat au 1er janvier 1966 de la population résidente en Suisse en fonction de l'âge. (tiré du rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, PROBLEME DE LA VIEILLESSE EN SUISSE, (p. 26, 1966)

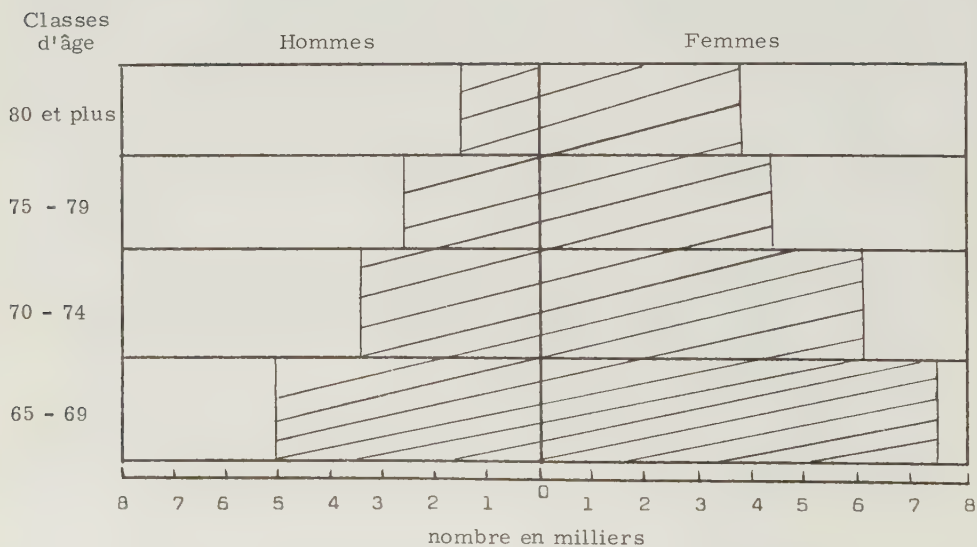


Fig. 2. Etat au 1er janvier 1966 de la population résidente à Genève en fonction de l'âge (emprunté au Bureau cantonal des statistiques. Estimation de l'effectif des personnes âgées de 65 ans et plus, à Genève, 1965).

Etudions maintenant l'évolution du CICPA au travers de l'accroissement de la demande, se répercutant sur le nombre de cas examinés et suivis.

Le tableau 7 nous donne le nombre de dossiers ouverts par année :

Tableau 7

année	1966 - 1967	1968	1969	1970	1971
nb absolu	992	592	645	682	451
total : 3.363 cas différents de 1966 à 1971					

Le tableau 8 nous donne le nombre de patients âgés suivis par année.

Tableau 8

Année	1967	1968	1969	1970	1971
nb. totaux	1621	1416	2130	3350	4085

En ce qui concerne les chiffres consignés dans le tableau 8, il faut préciser qu'ils ont été obtenus par la méthode cumulative qui dans ce cas correspond à l'addition des - nouveaux cas

- anciens cas suivis pendant l'année en question
- anciens cas non suivis pendant l'année en question
- anciens cas plus du tout suivis pendant l'année en question
- cas décédés dans l'année en question et dans les années antérieures
- cas vus pour information

Le tableau 9 nous donne le nombre de patients âgés suivis par année à l'exclusion des pensions et de l'Hôpital Cantonal. (méthode cumulative)

Tableau 9

année	1967	1968	1969	1970	1971
nb. totaux	1098	575	1255	2100	2532

La figure 3, reproduite sur la page suivante, montre la comparaison entre les effectifs de patients suivis en ambulatoire, en pension, à l'Hôpital cantonal.

L'augmentation constante de la demande se répercutant naturellement sur le nombre de prestations a modifié également de façon très nette les effectifs du personnel médical et paramédical appelé à répondre à cette demande (tableau 10).

Tableau 10

	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Médecin-directeur	1	1	1	1	1	1
Médecin-directeur adj.	-	-	-	-	-	1
Chef de clinique				1	1	1
Médecin-assistant	3	3	4	4	5	6
Assistante sociale	2	3	3	3	4	4
Ergothérapeute	-	-	-	1	2	2
Psychologue	-	-	-	-	-	-
Pédicure	-	-	-	-	-	-
Secrétaire médicale	2	2	2	3	2	2
Infirmière	-	-	-	-	-	-
Aide infirmière	-	-	-	-	-	-
Administration	1	1	1	3	5	7

En ce qui concerne la réponse à la demande, le CICPA, de 1966 à 1971 n'a pas eu de spécificité, soit dans le champ d'action, soit dans le mode de prise en charge des vieillards. Les problèmes de ces derniers ont été abordés dans leur ensemble et le Centre y a

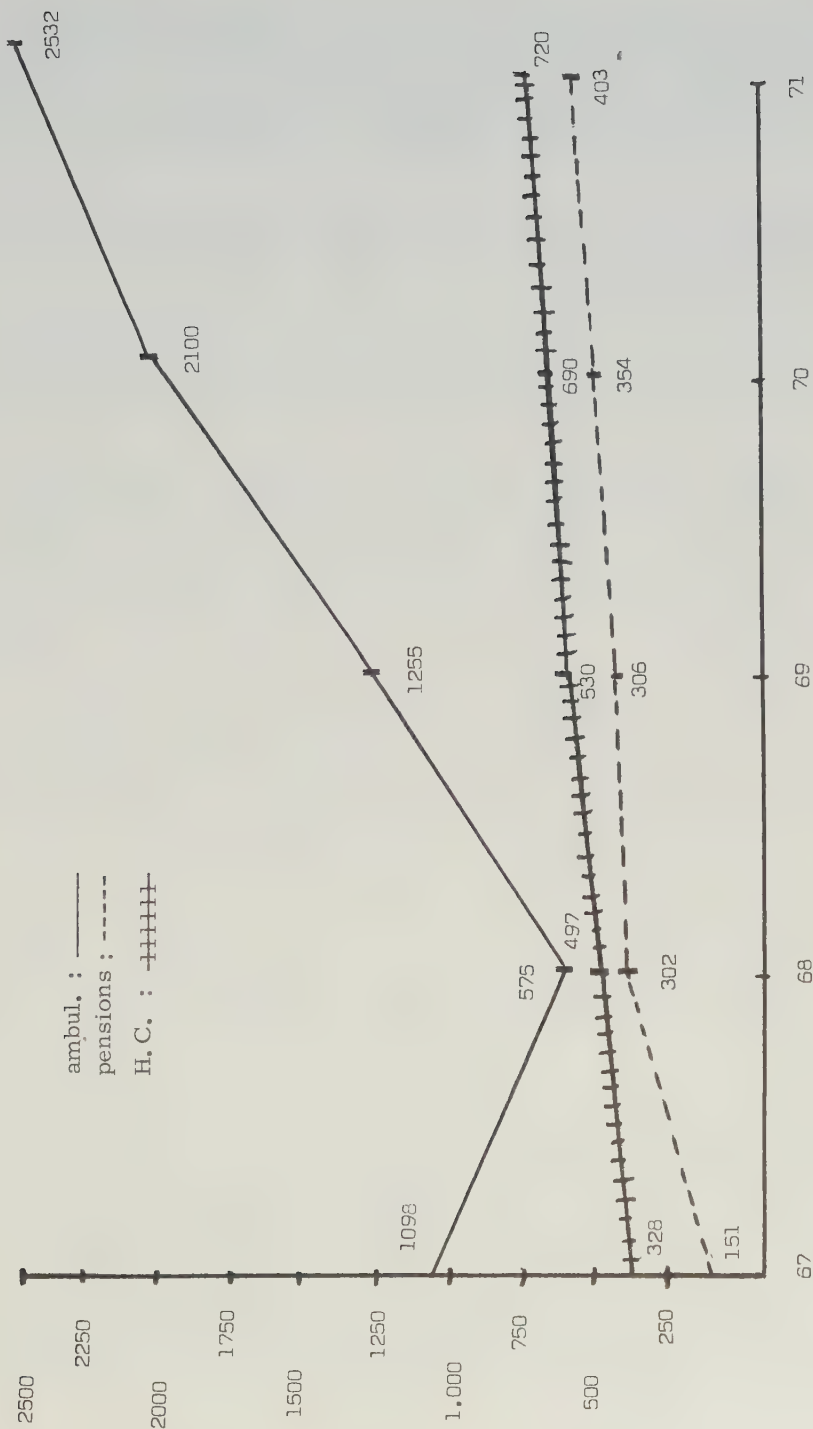


Fig. 3 - Comparaison entre les effectifs de patients, en ambulatoire, en pension, à l'Hôpital cantonal, fig, obtenue d'après le rapport annuel du CICPA, annexe 1, 1971.

répondu en tant qu'instance médicale et de triage, rôle s'inscrivant dans une politique à plus long terme, à savoir la création d'une infrastructure extra-hospitalière importante, permettant de répondre de manière globale à la problématique du 3ème âge, ainsi que de préparer l'ouverture de l'Hôpital de Gériatrie, conjointement avec d'autres instances pour favoriser son utilisation rationnelle.

b) Deuxième période (allant de l'ouverture de l'Hôpital de Gériatrie en 1971 jusqu'à 1976).

L'Hôpital de Gériatrie, fruit de l'étude de la Commission des problèmes relatifs à la vieillesse (rapport 1965), ouvre ses portes en octobre 1971. La création de cet établissement qui répond à un besoin réel dans le canton, va modifier le statut et l'organisation du CICPA.

Dès le début de 1972, le CICPA va éclater en deux parties : La première va garder la dénomination de CICPA et reste sous la dépendance directe du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique. Le CICPA reste chargé des tâches administratives. La deuxième va prendre le nom de Centre de Gériatrie, à caractère essentiellement médico-social et ce centre va être rattaché à l'Hôpital de Gériatrie.

-Prestations et modifications internes du CG de 1971 à 1975-76

A l'évolution des effectifs de patients suivis par le Centre de Gériatrie (tableaux 11 et 12; fig. 4) correspond l'évolution du personnel médical et paramédical chargé de répondre à la demande en quantité mais aussi en diversifiant les prestations (tableau 13).

Année	1972	1973
nb. total de cas	4664	5243

1974	1975
1635	1460

méthode cumulative

chiffres absolus

Tableau 11 : nombre de personnes âgées suivies par année

Année	1972	1973	1974	1975
nb. total	3047	3422	841	600

méthode cumulative

chiffres absolus

Tableau 12 : nombre de patients âgés suivis par année à l'exclusion des pensions et de l'Hôpital Cantonal.

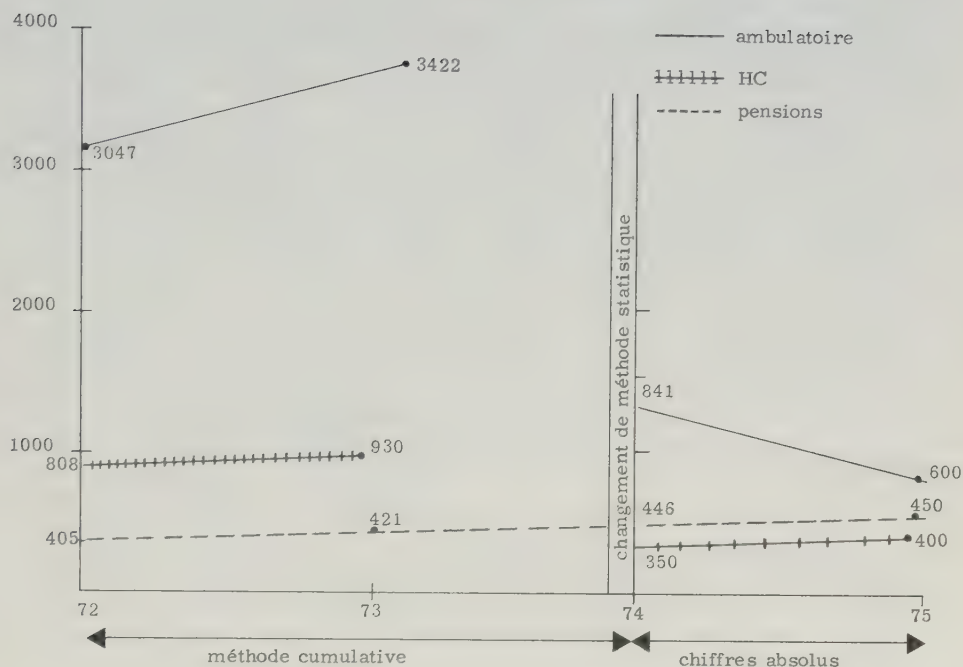


Fig. 4 - Comparaison entre les effectifs de patients vus en ambulatoire, en pensions, à l'Hôpital Cantonal. (fig. obtenue d'après les fiches statistiques du CG.)

- Explication concernant la fig. 4.

On s'aperçoit que malgré le changement de méthode statistique, seul le nombre de patients vus en ambulatoire et à l'Hôpital Cantonal est modifié de manière importante. Le nombre de patients vus en pension, lui, suit une évolution ascendante et n'est pas touché par la modification de la méthode statistique.

L'explication la plus probable est certainement la très grande facilité avec laquelle le maître de pension peut recenser les personnes âgées vivant sous son toit et cela à tout instant et de manière rigoureuse.

	1972	1973	1974	1975
Médecin directeur	1	1	1	1
Médecin directeur adjoint	1	1	1	1
Chef de clinique	2	2	2	2
Médecin assistant	6	6	6	6
Assistante sociale	4	4	5	5
Ergothérapeute	3	3	5	5
Psychologue	-	1/2	1	1
Pédicure	-	-	1/2	1/2
Secrétaire médicale	3	3	3	5
Secrétaire sociale	1	1	1	-
Infirmière	-	-	1	7 1/2
Aide infirmière	-	-	-	1 1/2
Administration	3	4	7	5

Tableau 13 : Effectif du personnel médical et paramédical.

Pour répondre de manière adéquate aux demandes de prises en charge des cas de plus en plus complexes, pour faire face également aux problèmes que posait le maintien des personnes âgées à domicile, un changement de la structure interne du Centre de Gériatrie s'est avéré nécessaire. C'est de cette évolution que nous allons parler maintenant.

- Sectorisation géographique.

La sectorisation géographique est née en 1971-1972 et a été modifiée en 1975 pour répondre d'une façon plus judicieuse à la demande. Le Canton de Genève a donc été coupé en 5 secteurs équivalents, chacun ayant approximativement le même nombre de personnes suivies ambulatoirement ainsi que des personnes suivies en pensions. (fig. 5)

- Création d'équipes multidisciplinaires

La création de ces 5 secteurs a entraîné la formation d'équipes multidisciplinaires comprenant chacune :

- 1 médecin
- 1 assistante sociale
- 1 ergothérapeute
- 1 secrétaire

Le dernier secteur (6ème) (antenne du Centre de Gériatrie à l'Hôpital Cantonal) ne comprenant qu'un assistant chargé des consul-

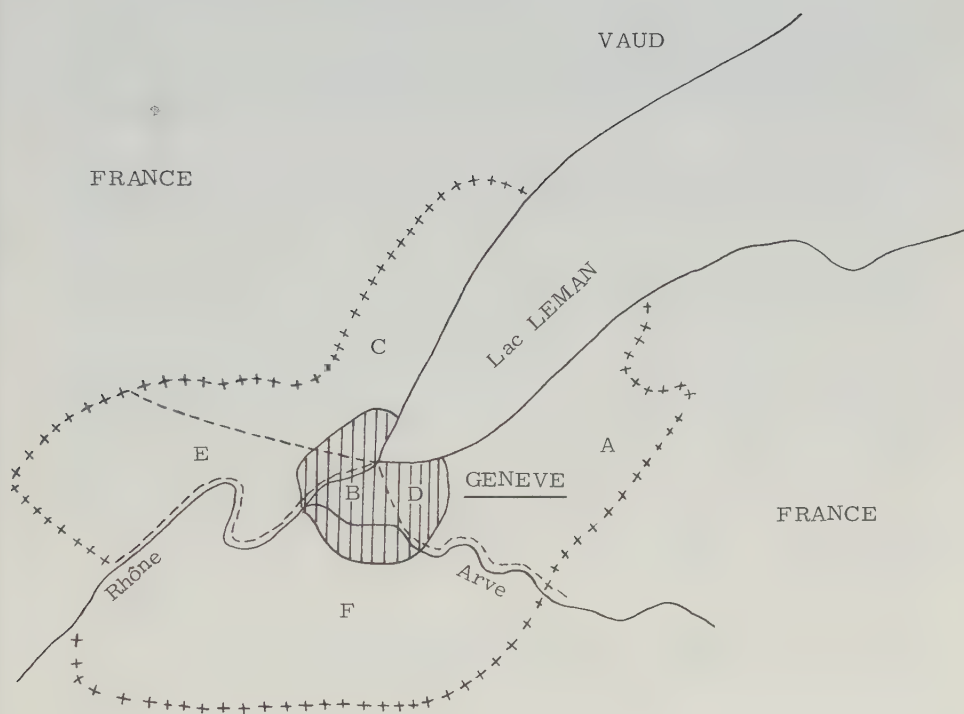


Fig. 5. Répartition des différents secteurs (A, B, C, D, E, F)

tations à l'Hôpital cantonal et au CMCE. Dès l'attribution des locaux à l'Hôpital Cantonal (nouveau bâtiment) cette antenne correspondra au 6ème secteur (ouverture prévue le 25 mai 1976).

Fonctionnement des équipes multidisciplinaires

Cette équipe se compose - autour d'un chef de clinique - d'un médecin, d'une assistante sociale, d'un ergothérapeute et d'une secrétaire médicale, à l'exception du secteur de l'Hôpital cantonal qui est assuré par un médecin, une psychologue et une secrétaire. De plus, une psychologue est à la disposition de chaque équipe pour les prises en charge et des examens psychologiques.

Toutes les équipes travaillent au Centre de Gériatrie, à la rue du Nant, à l'exception de l'équipe de la Jonction, ainsi que l'équipe de l'Hôpital cantonal.

Chaque équipe assure la consultation ambulatoire, les visites à domicile ainsi que les urgences dans le quartier. (En ce qui concerne les urgences, c'est fréquemment le médecin de garde qui est en fait appelé).

Elle est également responsable de la surveillance médico-sociale d'un certain nombre de pensions se trouvant dans le secteur géographique.

Chaque équipe est en collaboration étroite avec les centres médico-sociaux de la ville, répartis dans les différents quartiers de la ville de Genève. Elle bénéficie tant des services médicaux (infirmières du service des soins à domicile) que sociaux (service social de la ville, etc). C'est également un point de contact avec le médecin de la polyclinique de médecine responsable du secteur donné.

(Il faut préciser que les différents secteurs du Centre de Gériatrie ne correspondent plus aux secteurs desservis par la polyclinique de médecine; cette nouvelle répartition a été rendue nécessaire pour permettre un meilleur quadrillage du Centre par rapport à la densité locale des personnes âgées).

Il est inutile d'insister ici sur la collaboration existant entre le Centre et l'Hôpital de Gériatrie d'une part et la division psycho-gériatrique de la Clinique psychiatrique de Bel-Air, d'autre part.

- Modification du mode de prise en charge au Centre de Gériatrie depuis l'ouverture de l'Hôpital de Gériatrie en 1971.

A la prise en charge globale de la personne âgée appliquée par le CICPA de sa création à l'ouverture de l'Hôpital de Gériatrie, succède une prise en charge plus spécifique.

La création de l'Hôpital de Gériatrie a en effet permis d'offrir à la personne âgée une prise en charge hospitalière très spécialisée, multidisciplinaire et un aiguillage plus adéquat du vieillard malade dans les différentes institutions existantes. C'est ainsi que les médecins privés, les médecins de l'Hôpital cantonal, etc. qui avaient fréquemment recours au CICPA pour la prise en charge des personnes âgées, ont eu la possibilité d'établir le dialogue directement avec l'Hôpital de Gériatrie pour les cas nécessitant une hospitalisation.

Le Centre de Gériatrie a vu son orientation se modifier progressivement dans le sens d'une spécialisation plus grande en psychogériatrie. Cette modification s'est faite non pas par décision de principe des collaborateurs du Centre, mais par une demande précise formulée par les médecins installés et ceux des "institutions" qui avaient besoin d'un examen psychogériatrique pour pouvoir mieux appréhender leur patient ou pour une demande de prise en charge parallèle du patient dont la gravité de l'affection mentale ne leur permettait pas

de les traiter correctement sans une formation suffisante dans ce domaine. Les médecins du Centre psycho-social universitaire, qui ont transmis au Centre de Gériatrie un certain nombre de patients qu'ils suivaient habituellement, ont également contribué à cette modification d'orientation.

Il est bien évident que malgré cette évolution "forcée" le Centre de Gériatrie assure une prise en charge complète d'un certain nombre de patients, tant il est vrai qu'à partir d'un certain âge, les problèmes somatiques et psychiatriques sont intimement liés (voir les types d'affections présentées par les consultants ambulatoires).

Nombre relatif des types d'affections présentées par les personnes âgées suivies ambulatoirement au Centre de Gériatrie (situation au mois de mai 1976).

Premier collectif : personnes âgées suivies ambulatoirement, non atteintes d'une affection déficitaire.

- Nombre relatif des cas suivis pour une affection psychiatrique uniquement :	45 %
- Nombre relatif des cas suivis pour une affection somatique uniquement :	13 %
- Nombre relatif des cas suivis pour une affection somatique et psychiatrique :	42 %
total :	100 %

Ces chiffres relatifs permettent de déduire dans le premier collectif que 34 % des consultants ambulatoires présentent une affection somatique (13 % + 1/2 de 42 %) et que 66 % présentent une affection psychiatrique (45 % + 1/2 de 42 %).

Deuxième collectif : personnes âgées suivies ambulatoirement, atteintes d'une affection déficitaire (démence)

- Nombre relatif des cas suivis uniquement pour un état démentiel (de n'importe quelle origine) :	10 %
- Nombre relatif des cas suivis pour un état démentiel et une affection psychiatrique :	28 %
- Nombre relatif des cas suivis pour un état démentiel et une affection somatique :	36 %
- Nombre relatif des cas suivis pour un état démentiel et une affection somatique et psychiatrique :	26 %
total :	100 %

Ces chiffres relatifs permettent de déduire dans le 2ème collectif que le 41 % des consultants (28 % + 1/2 26 %) présentent une affection psychiatrique et que le 49 % (36 % + 1/2 26 %) présentent une affection somatique, le 10 % restant étant comme on l'a vu représenté uniquement par l'affection démentielle pure.

Sur l'ensemble des cas suivis (1er et 2ème collectif) le premier collectif représente le 76 % du total et le second collectif le 24 % du total.

En tenant compte des proportions respectives des 2 collectifs on peut déduire que le 37,60 % des patients présentent une affection somatique, et que le 60,00 % présentent une affection psychiatrique et que le 2,40 % restant présentent une affection démentielle pure.

L'organisation gérontologique et gériatrique dans le Canton de Genève, telle que nous venons de la voir, présente de nombreuses similitudes, mais aussi de grandes différences avec celle rencontrée dans d'autres pays et même de celle que l'on peut voir dans d'autres cantons suisses.

Nous n'allons pas citer ici toutes les organisations existantes de par le monde mais nous nous limiterons à parler d'expériences originales et relativement proches de celle du Canton de Genève.

En Ecosse par exemple, on a créé une nouvelle structure qui se situe entre l'hôpital général et le premier degré de soins, c'est-à-dire, le praticien privé; cette structure se nomme centre de santé ou centre de soins ("Health center"). Ces centres peuvent desservir une population de 5.000 à 60.000 personnes par unité et les soins dispensés s'adressent à toutes les classes d'âge de la population et donc évidemment au 3ème âge. Appartiennent à ces centres des praticiens en médecine générale, des consultants spécialistes de l'hôpital, des visiteurs de santé et un service social développé. A un autre niveau, l'hôpital général possède également des centres de soins extra-hospitaliers qui permettent la prise en charge post-cure des patients hospitalisés.

Le professeur Ferguson Anderson, dans un rapport publié à Yvry en 1973, a recommandé vivement la création de ces centres de santé près du domicile des patients pour les soins post-cure.

En ce qui concerne l'expérience française, nous citerons la plus représentative, à savoir celle du Dr Balier dans le XIIIème arrondissement de Paris. Ce dernier a créé deux centres de jours qui accueillent les personnes âgées de l'arrondissement 5 jours par semaine. Une équipe multidisciplinaire offre des services très diversifiés aux vieillards qui y viennent par leurs propres moyens.

Cette organisation extra-hospitalière s'inscrit dans une politique gériatrique communautaire où différents services s'occupant de la personne âgée y sont représentés (services médicaux, psychiatriques et somatiques, services sociaux, etc.) ainsi que dans l'idée d'une gériatrie de secteur permettant une meilleure collaboration et coordination entre les services extra-hospitaliers existants.

Le Centre Peter Locke à Copenhague, pour le Danemark est de conception assez originale, pour que l'on s'y arrête également un instant.

Ce centre a été ouvert en 1969 et est implanté dans un ensemble immobilier à encadrement médico-social.

Ce centre est ouvert aux personnes âgées des immeubles en question, mais aussi à d'autres vieillards du quartier qui trouvent sur place des services médicaux, sociaux, ergothérapeutiques, adaptés à leur problématique.

Un avantage essentiel de ce centre c'est d'être ouvert tous les jours de la semaine y compris le dimanche.

Plus proche de nous, en Suisse, nous pouvons citer encore l'exemple du Canton de Vaud où un centre de psycho-gériatrie s'est ouvert en 1968 à Lausanne. Ce centre est couplé directement sur l'hôpital psycho-gériatrique de Prilly, et les équipes qui y travaillent font à la fois un travail extra-hospitalier et hospitalier, ce qui permet une meilleure continuité thérapeutique.

A la différence de l'organisation existant à Genève, ce centre est réservé uniquement aux cas psycho-gériatriques et il n'offre pas ses services 24 heures sur 24.

Nous pourrions encore allonger la liste en citant les expériences faites aux Etats-Unis, en Angleterre, dans d'autres cantons suisses, etc., elle serait certainement très longue, en fait cela ne semble pas indispensable car l'organisation extra-hospitalière en matière de gériatrie ne diffère pas de manière fondamentale entre les différents pays ou cantons suisses.

Les différences et l'originalité des solutions adoptées se manifestent dans le mode de fonctionnement interne de ces centres extra-hospitaliers, de leurs relations avec les institutions, le principe de la prise en charge ambulatoire des vieillards malades étant généralement admis.

Quittons ces références à d'autres formes d'organisations gérontologiques et gériatriques pour revenir au Centre de Gériatrie et citer une expérience originale qui a débuté à la fin de l'année 1974, à savoir l'expérience de la demi-décentralisation du secteur B.

Depuis quelques années s'est développée l'idée de la décentralisation des activités du Centre de Gériatrie. C'est en février 1974 que cette idée a été discutée de manière approfondie et qu'un groupe de travail, dirigé par un des chefs de clinique, a été nommé pour étudier l'éventualité de la décentralisation.

L'idée de base à l'élaboration de ce projet a été la notion de prise en charge prophylactique auprès des personnes âgées dans leur secteur même, prise en charge permettant d'éviter des interventions en urgence et trop tardives ainsi que de détecter les cas latents qui échappent au quadrillage actuel du Centre de Gériatrie.

D'autres arguments ont été avancés :

- diminution du temps de déplacement pour l'équipe qui se rend en visite à domicile.
- diminution des visites à domicile rendues inutiles par la proximité du satellite.
- multiplication des contacts multidisciplinaires avec les membres des autres organismes s'occupant de la personne âgée.

- extension de la prise en charge ergothérapique dans le cadre d'une politique gériatrique élargie.
- diminution des hospitalisations par une prise en charge plus adaptée et intensive.

Un premier projet de décentralisation a été proposé à la fin de l'année 1974. Ce projet concernait le secteur F. et l'implantation était prévue à Onex dans un immeuble à encadrement médico-social. Pour des raisons pratiques d'installation et de coût, sa réalisation a été abandonnée au profit d'un projet plus modeste et limité, celui d'une demi-décentralisation du secteur B.

Cette réalisation pratique a été rendue possible grâce au prêt des locaux par la Ville de Genève, 3 après-midi par semaine au Centre médico-social de la Jonction, à la rue du Vélodrome No 10.

Si l'on parle de demi-décentralisation, c'est qu'en fait, seuls le médecin et l'assistante sociale du secteur B. ont assuré la consultation au Centre médico-social, l'ergothérapeute et la secrétaire demeurant à la rue du Nant (pour des raisons de commodité, pas de locaux à disposition au Centre médico-social).

Malgré de nombreux handicaps (absence de l'équipe de secteur complète, partage des locaux avec d'autres institutions, impossibilité d'extension ne permettant pas d'envisager une animation intense dans le quartier), l'expérience a démarré en novembre 1974. Au fil du temps, l'articulation, les relations entre les représentants des différents organismes, dont la liste se trouve ci-dessous, se sont progressivement dessinées et structurées.

- Bureau d'information sociale
- Bureau central d'aide sociale
- Service social de la Ville de Genève
- Hospice Général
- Service des soins infirmiers à domicile
- Antenne de la polyclinique de médecine
- Antenne du Centre de Gériatrie

L'articulation définitive entre les différents services s'est concrétisée par la création de colloques hebdomadaires où sont discutés en commun les problèmes de prise en charge ainsi que des suites thérapeutiques.

C'est justement cette expérience de demi-décentralisation qui fait l'objet de cette étude et qui nous amène à formuler notre hypothèse de travail.

II. HYPOTHESE DE TRAVAIL

Sur la base de l'expérience du quartier B, la décentralisation totale du Centre de Gériatrie doit permettre d'augmenter la qualité des prestations accordées aux personnes âgées en diminuant le temps mort dû au déplacement de l'équipe soignante (visites à domicile), en raccourcissant les distances entre les consultants ambulatoires et le centre des soins, en contribuant au projet d'un travail gériatrique communautaire grâce à la meilleure collaboration avec les centres médico-sociaux de quartier, et enfin en apportant la dimension préventive à l'action gériatrique, de façon médiatisée.

III. M E T H O D E

Avant de décrire la méthode employée, nous aimerions préciser un point très important :

Ce travail concerne essentiellement la population âgée dite ambulatoire. De ce fait, nous ne tiendrons pas compte d'un aspect du travail du Centre de Gériatrie, à savoir la surveillance médico-sociale des pensions, qui représente près du 40 % des prestations totales ainsi que du secteur Hôpital Cantonal, dont la moyenne des prestations est équivalente à celle des autres secteurs.

Cette précision apportée, nous allons donc analyser certaines caractéristiques et les prestations des différents secteurs sur une période de 15 mois (janvier 1975 à mars 1976). Nous comparerons par la suite ces secteurs entre eux sur la base de leur analyse et tenterons de montrer leur analogie mais surtout leurs différences.

Les caractéristiques et les prestations des secteurs qui seront examinés sont les suivantes :

- 1) caractéristiques démographiques
- 2) concentration géographique des patients
- 3) prestations de l'équipe de secteur
 - nombre total des cas vus
 - nombre de cas vus 3 fois et plus
 - nombre de cas vus de 1 à 3 fois
 - nombre de cas suivis parallèlement avec d'autres médecins
 - nombre de cas fréquentant l'atelier d'ergothérapie
 - nombre de cas fréquentant le foyer de jour à Anières
 - nombre de cas hospitalisés à Bel-Air
 - à l'Hôpital de Gériatrie
 - à l'Hôpital Cantonal
 - à l'Hôpital de jour de l'Hôp. de Gériatrie
 - nombre d'actes médicaux totaux et nombre de visites à domicile
 - nombre de cas suivis habituellement à domicile (personnes âgées gravement impotentes qui ne seraient de toute façon pas concernées par la décentralisation).

En ce qui concerne le point 1, nous devons préciser que les chiffres cités (nombre absolu de personnes âgées dans le secteur ainsi que leur nombre relatif) sont empruntés au travail du Profes-

seur Moeschler du service d'Anthropologie se basant sur les chiffres du dernier recensement fédéral de 1970.

En 1976, il est évident que ces chiffres se sont sensiblement modifiés en raison du vieillissement de la population ainsi que la re-fonte complète de certains quartiers où des immeubles pour personnes âgées se sont multipliés. Mais la modification porte surtout sur la variation quantitative des vieillards et de façon moindre sur leur répartition géographique. Il est clair que la preuve en sera apportée lors du prochain recensement fédéral qui aura lieu en 1980.

En ce qui concerne le point 2, pour des raisons de commodité, mais surtout parce que la ville de Genève par rapport au canton est très étendue, nous nous sommes bornés à reproduire sur carte que les secteurs urbains et la concentration des personnes âgées sera exprimée en pourcentage par région.

IV. OBSERVATIONS

OBSERVATION DES CARACTERISTIQUES ET PRESTATIONS DES DIFFERENTS SECTEURS

SECTEUR A.

1) Démographie :

Ce secteur comprend les quartiers de la Ville de Genève (Eaux-Vives, Florissant, Champel), les villages du secteur Arve-Lac ainsi que les régions suburbaines comprises entre l'Arve et le Lac.

En 1970, ce secteur dessert une population âgée de 10.691 personnes, soit le 28 % de la population âgée globale du Canton de Genève.

2) Concentration géographique des patients :

(voir carte annexée)

3) Prestations de l'équipe :

En 15 mois, 182 personnes âgées ont été vues dans ce secteur.

Parmi celles-ci 119 ont été suivies ambulatoirement (c'est-à-dire vues 3 fois et plus)

63 ont été vues de 1 à 3 fois

23 ont été prises en charge en parallèle avec d'autres médecins

13 ont fréquenté l'atelier d'ergothérapie

1 a fréquenté le foyer de jour

11 ont été hospitalisés à la Clinique psychiatrique de Bel-Air

5 ont été hospitalisés à l'Hôpital de Gériatrie

6 ont été hospitalisés à l'Hôpital Cantonal

4 ont fréquenté l'hôpital de jour à l'Hôpital de Gériatrie.

Ces 182 personnes ont nécessité 686 actes médicaux et 171 visites à domicile.

Le nombre des cas suivis habituellement à domicile s'est élevé à 25.



SECTEUR B ET D

1) Démographie :

Ce secteur comprend les quartiers de la Ville de Genève (Mail-Jonction, Cité Centre, la Cluse).

En 1970, ce secteur dessert une population âgée de 6306 personnes soit le 16,5 % de la population âgée globale du Canton de Genève.

2) Concentration géographique des patients dans ce secteur

(voir carte annexée)

3) Prestation de l'équipe B.

En 15 mois 89 personnes âgées ont été vues dans ce secteur.

Parmi celles-ci 71 ont été suivies ambulairement, (c'est-à-dire vues 3 fois et plus)

18 ont été vues de 1 à 3 fois

10 ont été prises en charge en parallèle avec d'autres médecins

13 ont fréquenté l'atelier d'ergothérapie

7 ont fréquenté le foyer de jour d'Anières

16 ont été hospitalisées à la Clinique Psychiatrique de Bel-Air

5 ont été hospitalisées à l'Hôpital de Gériatrie

11 ont été hospitalisées à l'Hôpital Cantonal

4 ont fréquenté l'hôpital de jour de l'Hôpital de Gériatrie

Ces 89 personnes ont nécessité 658 actes médicaux et 116 visites à domicile.

Le nombre des cas suivis habituellement à domicile s'est élevé à 7.

3) Prestations de l'équipe D.

En 15 mois 57 personnes âgées ont été vues dans ce secteur.

Parmi celles-ci 52 ont été suivies ambulairement (c'est-à-dire vues 3 fois et plus)

5 ont été vues de 1 à 3 fois

5 ont été prises en charge en parallèle avec d'autres médecins

3 ont fréquenté l'atelier d'ergothérapie

6 ont fréquenté le foyer de jour

5 ont été hospitalisées à la Clinique psychiatrique de Bel-Air

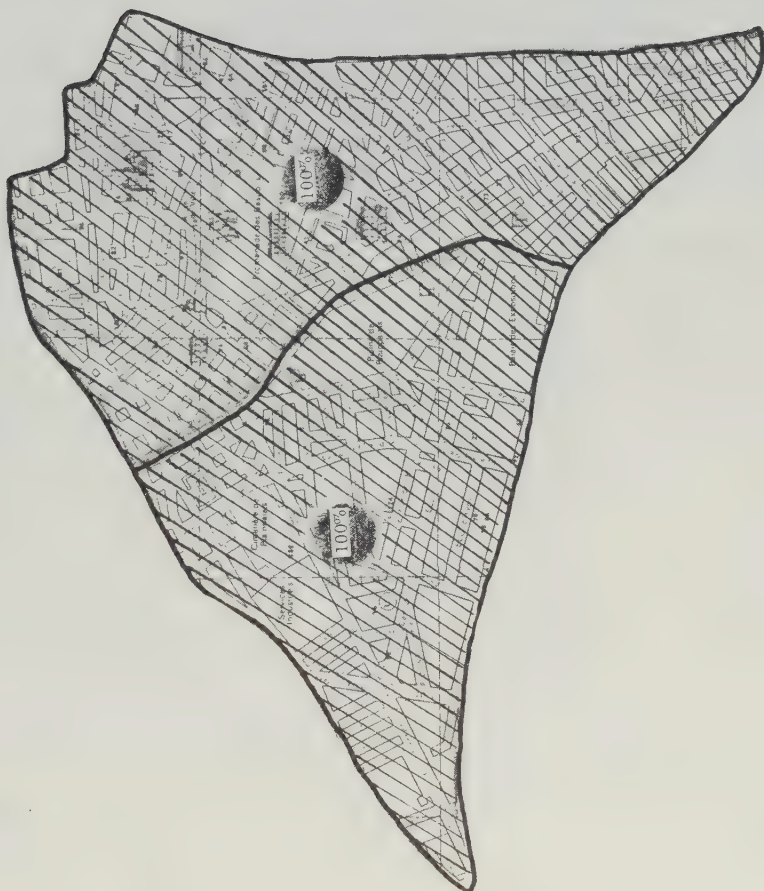
3 ont été hospitalisées à l'Hôpital de Gériatrie

2 ont été hospitalisées à l'Hôpital Cantonal

1 a fréquenté l'hôpital de jour de l'Hôpital de Gériatrie.

Ces 57 personnes ont nécessité 444 actes médicaux et 130 visites à domicile.

Le nombre de cas suivis habituellement à domicile s'est élevé à 4.



SECTEUR C

1) Démographie :

Ce secteur comprend les quartiers de la Ville de Genève (Sécheron - Pâquis - ONU - Grand-Pré - Bouchet - Délices (haut) - Saint Gervais (haut). les villages de la rive droite, ainsi que les régions suburbaines de la rive droite.

En 1970, ce secteur dessert une population âgée de 7572 personnes, soit le 29,5 % de la population âgée globale du Canton de Genève.

2) Concentration géographique des patients dans ce secteur :

(voir carte annexée)

3) Prestations de l'équipe C.

En 15 mois 117 personnes ont été vues dans ce secteur.

Parmi celles-ci 92 ont été suivies ambulatoirement (c'est-à-dire vues 3 fois et plus)

25 ont été vues de 1 à 3 fois

3 ont été prises en charge en parallèle avec d'autres médecins

3 ont fréquenté l'atelier d'ergothérapie

5 ont fréquenté le foyer de jour

17 ont été hospitalisées à la Clinique psychiatrique de Bel-Air.

11 ont été hospitalisées à l'Hôpital de Gériatrie

6 ont été hospitalisées à l'Hôpital Cantonal

2 ont fréquenté l'hôpital de jour de l'Hôpital de Gériatrie.

Ces 117 personnes ont nécessité 797 actes médicaux et 323 visites à domicile.

Le nombre de cas suivis habituellement à domicile s'est élevé à 11.



Villages et régions suburbaines rive droite

SECTEUR E.

1) Démographie :

Ce secteur comprend les quartiers de la Ville de Genève (Charmilles - Servette - Aïre - Saint-Jean - Délices bas - Saint Gervais bas, ainsi que les villages de Vernier, Meyrin, Satigny, Russin, Dardagny et les régions suburbaines du Mandement.

En 1970, ce secteur dessert une population âgée de 7311 personnes âgées, soit le 19 % de la population âgée globale du Canton de Genève.

2) Concentration géographique des patients dans le secteur :

(voir carte annexée)

3) Prestations de l'équipe E.

En 15 mois 119 personnes âgées ont été vues dans ce secteur.

Parmi celles-ci 106 ont été suivies ambulatoirement (c'est-à-dire vues 3 fois et plus

13 ont été vues de 1 à 3 fois

14 ont été prises en charge en parallèle avec d'autres médecins

4 ont fréquenté l'atelier d'ergothérapie

5 ont fréquenté le foyer de jour

11 ont été hospitalisées à la Clinique psychiatrique de Bel-Air

6 ont été hospitalisées à l'Hôpital de Gériatrie

8 ont été hospitalisées à l'Hôpital Cantonal

2 ont fréquenté l'hôpital de jour de l'Hôpital de Gériatrie

Ces 119 personnes ont nécessité 889 actes médicaux et 362 visites à domicile.

Le nombre de cas suivis habituellement à domicile s'est élevé à 17.



Meyrin, Lignon, Vernier



SECTEUR F.

1) Démographie :

Ce secteur comprend les quartiers de la Ville de Genève (Bâties - Acacias) la région comprise entre l'Arve et le Rhône (villages, régions suburbaines) et les villages suivants du Mandement : Avully, Avusy, Chancy, Cartigny, Laconnex, Soral et Aire-La-Ville).

En 1970, ce secteur dessert une population âgée de 6574 personnes, soit le 17 % de la population âgée du Canton de Genève.

2) Concentration géographique des patients dans le secteur :

(voir carte annexée)

3) Prestations de l'équipe F.

En 15 mois 105 personnes âgées ont été vues dans ce secteur.

Parmi celles-ci 92 ont été suivies ambulatoirement (c'est-à-dire vues 3 fois et plus)

13 ont été vues de 1 à 3 fois

13 ont été prises en charge en parallèle avec d'autres médecins

11 ont fréquenté l'atelier d'ergothérapie

2 ont fréquenté le foyer de jour

6 ont été hospitalisées à la Clinique psychiatrique de Bel-Air

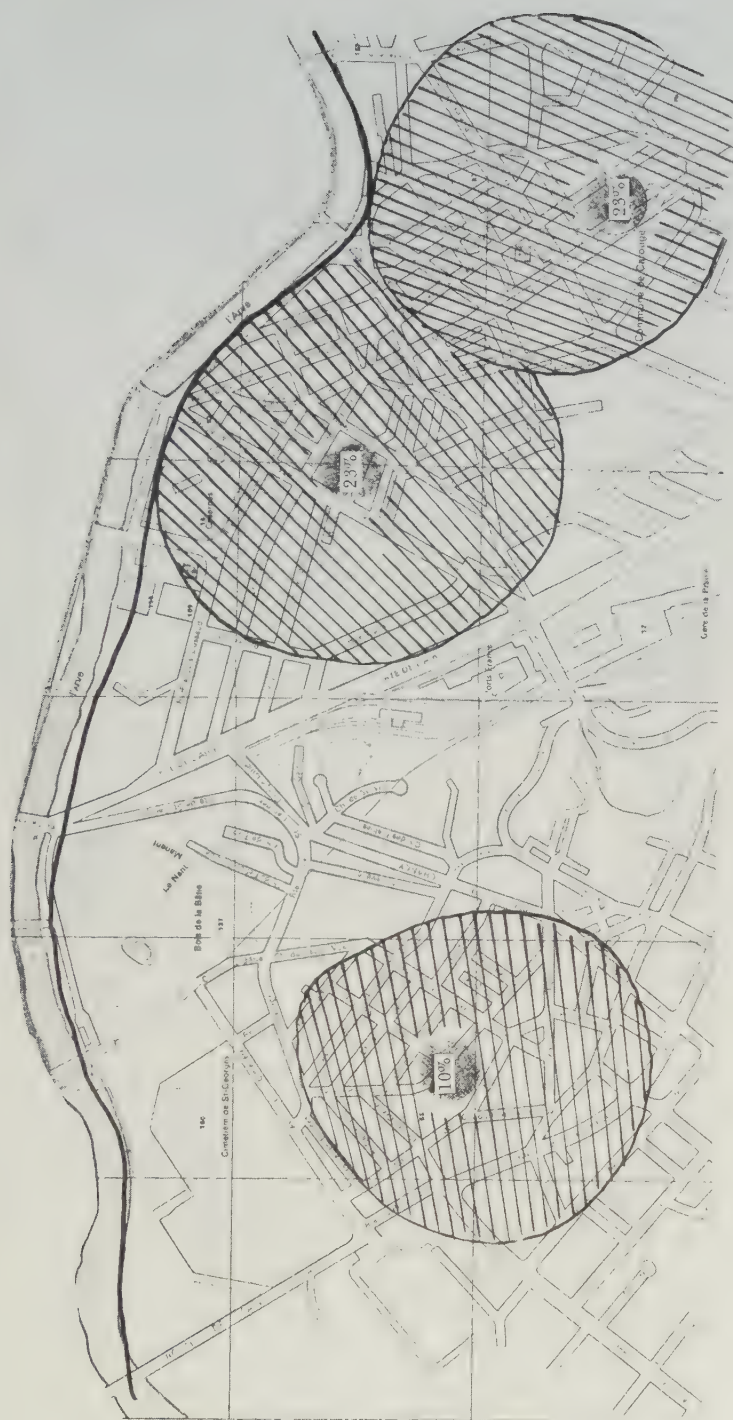
4 ont été hospitalisées à l'Hôpital de Gériatrie

4 ont été hospitalisées à l'Hôpital Cantonal

1 a fréquenté l'hôpital de jour de l'Hôpital de Gériatrie

Ces 105 personnes ont nécessité 534 actes médicaux et 239 visites à domicile.

Le nombre de cas suivis habituellement à domicile s'est élevé à 20.



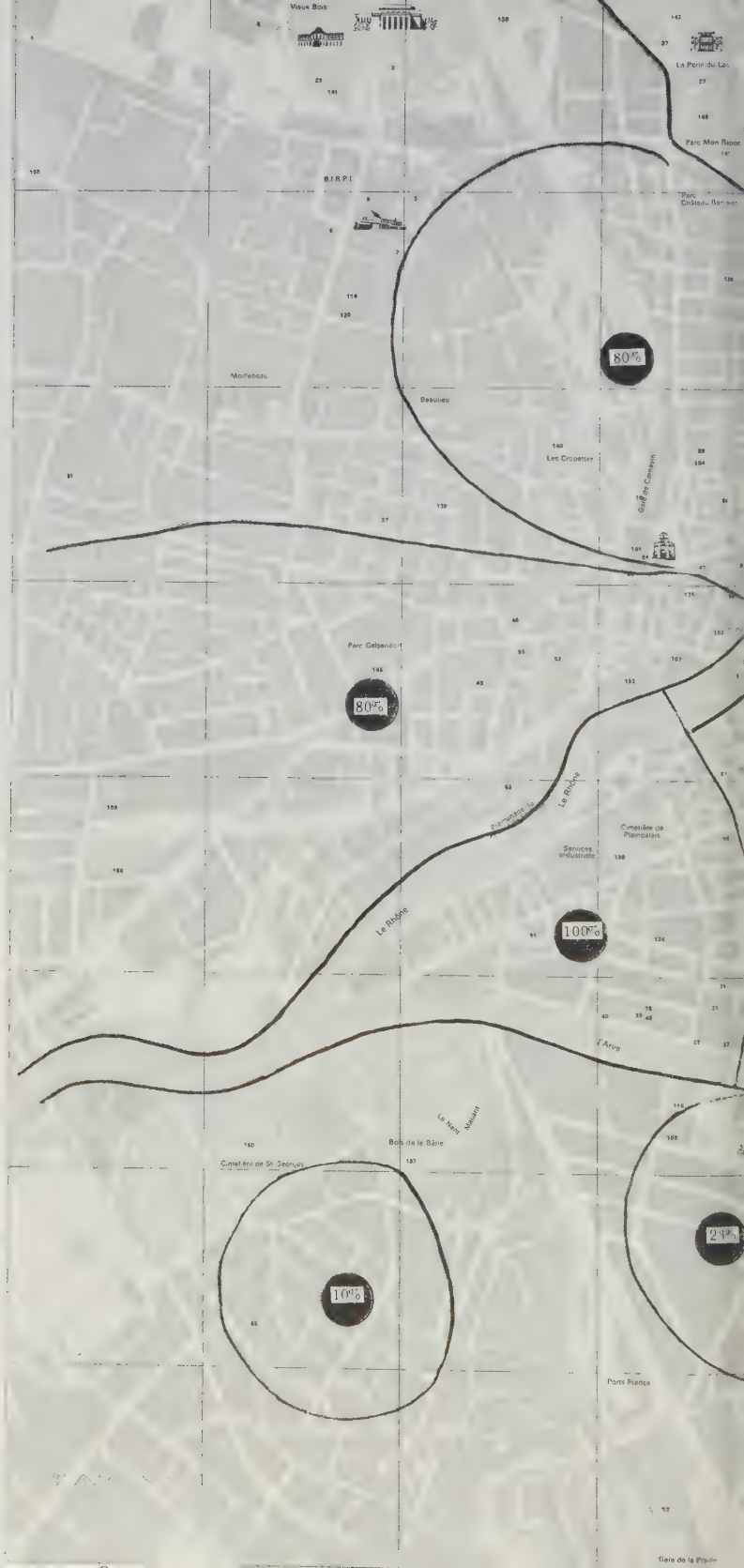
Onex, Bernex

autres villages et régions suburbaines

Tableau 14 : Récapitulation des prestations des différents secteurs :

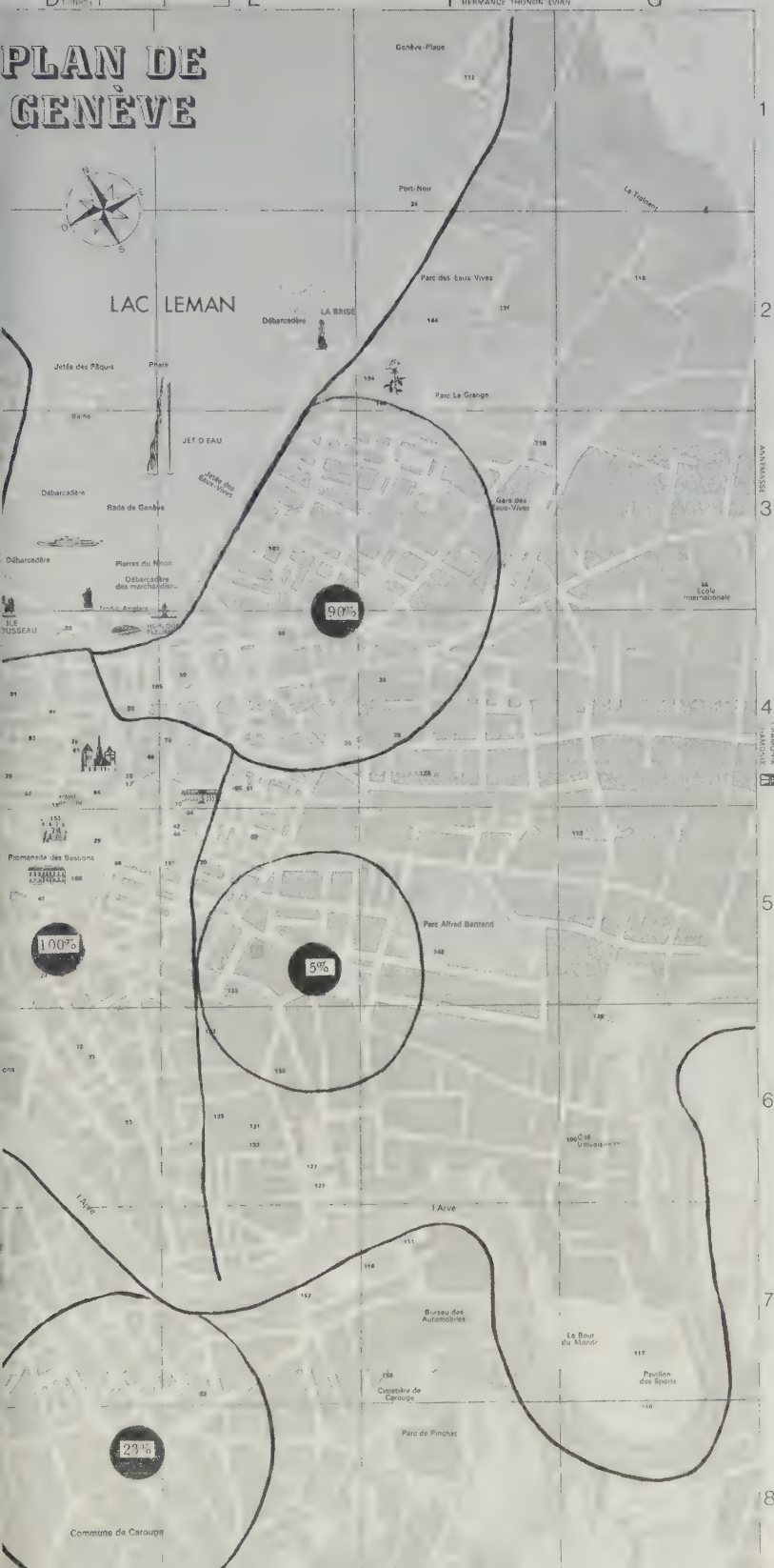
	SECTEURS	A	B	D	C	E	F
1.	nb actes médicaux	686	658	444	797	889	534
2.	nb de cas suivis	119	71	52	92	106	92
2 b.	nb cas vus de 1 à 3 x div.	63	18	5	25	13	13
3.	nb visites à domicile	171	116	130	323	362	239
4.	nb visites à dom. habituelles	25	7	4	11	17	20
5.	Prise en charge avec autres médecins	23	10	5	3	14	13
6.	Ergothérapie	13	13	3	3	4	11
7.	Foyer de jour	1	7	6	5	5	2
8.	Hospitalisation à Bel-Air	11	16	5	17	11	6
9.	Hospitalisation à l'Hôp. de Gériatrie	5	5	3	11	6	4
10.	Hospitalisation à l'Hôp. cantonal	6	11	2	6	8	4
11.	Hôpital de jour à l'Hôp. de Gériatrie	4	4	1	2	2	1

Concentration des personnes âgées
en ville (ensemble des secteurs).



PLAN DE GENÈVE

39



V. RESULTATS ET DISCUSSION DES RESULTATS

- Premier critère : LES HOSPITALISATIONS (8, 9, 10, 11) *

Les hospitalisations à Bel-Air, à l'Hôpital de Gériatrie, à l'Hôpital Cantonal ne peuvent en aucun cas constituer un critère objectif d'évaluation, permettant de différencier les secteurs entre eux.

En effet, la décision de l'hospitalisation est prise par le médecin d'après l'état somatique et mental du malade à un moment donné, dans un contexte donné et également d'après ses propres critères d'appréciation.

La décentralisation permet très certainement de maintenir plus longtemps à domicile des personnes âgées grâce à une meilleure cohérence de la prise en charge mais le gain de place ainsi réalisé dans les hôpitaux est vraisemblablement contrebalancé par une détection plus rapide et plus importante des cas nécessitant des soins hospitaliers d'urgence. (évaluation subjective).

- Deuxième critère : PRISE EN CHARGE PARALLELE AVEC UN AUTRE MEDECIN (5)

L'évaluation en ce qui concerne ce critère est extrêmement difficile et hasardeuse. En effet, il n'a pas été possible de déterminer avec exactitude pour tous les secteurs, à l'exception du B, quel était cet autre médecin : est-ce le médecin de la polyclinique de médecine du secteur, est-ce un médecin généraliste ou est-ce un spécialiste ?

Pour le secteur B, cet autre médecin pour 8 des 10 cas cités est le médecin de la polyclinique de médecine attaché au secteur.

D'après ce chiffre, on ne peut pas savoir si la décentralisation favorise la prise en charge parallèle ou au contraire la diminue. Seule la décentralisation totale du Centre de Gériatrie pourrait apporter une réponse à cette question.

* Les chiffres cités entre parenthèse correspondent à la numérotation du tableau 14.

- Troisième critère : Nombre d'actes médicaux pour chaque cas (1/2)

Secteur A. : 5,8

Secteur B. : 9,3

Secteur D. : 8,5

Secteur C. : 8,6

Secteur E. : 8,4

Secteur F. : 5,8

La moyenne des actes médicaux par cas dépend avant tout de la problématique posée par l'individu malade et il est bien évident que l'on adapte le fonctionnement et la réponse à cette problématique et que l'on ne peut en aucun cas adapter la problématique de la personne âgée au mode de fonctionnement.

- Quatrième critère : Les visites à domicile (3, 4)

Les visites à domicile s'adressant également à des vieillards habituellement suivis en ambulatoire mais dont l'état de santé ne leur permet plus de se déplacer momentanément, les chiffres et les proportions citées, risquent d'être modifiés mais vraisemblablement dans une faible mesure, ce qui nous permet de prendre ce facteur en considération dans l'évolution de la décentralisation.

En effet, si l'on compare le nombre de visites à domicile, habituelles par secteur (nb de cas différents) on s'aperçoit que le secteur B est très faiblement représenté (4).

On assiste au même phénomène lorsque l'on compare le nombre total de visites à domicile entre les différents secteurs (3).

Si l'on se contentait de ces chiffres bruts on ne pourrait en fait tirer aucune conclusion puisque l'on compare des secteurs à densité de personnes âgées différente et à prestations médicales différentes.

Pour obtenir un résultat valable, il faut donc considérer le nombre de cas différents dans chaque secteur, ainsi que le nombre d'actes médicaux.

On obtient ainsi une première formule :

Nombre de visites à domicile (3) = nombre de visites par cas.
nombre de cas différents (2)

Secteur A = 1,45

Secteur B = 1,77

Secteur D = 2,50

Secteur C = 3,51

Secteur E = 3,41

Secteur F = 2,59

Deuxième formule :

Nombre de visites à domicile (3) = pourcentage des visites à domicile
par rapport à l'ensemble des actes.
nombre d'actes médicaux (1)

Secteur A	:	24 %
Secteur B	:	18 %
Secteur D	:	29 %
Secteur C	:	40 %
Secteur E	:	40 %
Secteur F	:	44 %

Plus encore que la première formule, la 2ème formule qui nous donne le pourcentage des visites à domicile par rapport aux actes médicaux est particulièrement significative. On remarque que c'est à nouveau le quartier B où le pourcentage de visites à domicile est le plus faible.

Mais il est intéressant de noter qu'il est suivi d'assez près par les secteurs A et D. L'explication de ce phénomène est sans doute la suivante :

- Le secteur B représente un secteur géographique limité où les distances entre l'antenne du Centre de Gériatrie et les patients sont relativement courtes. Le pourcentage des visites à domicile est donc faible.
- Le secteur A représente un secteur géographique très étendu mais sa population âgée suivie au Centre se concentre à plus de 90 % dans le quartier où se trouve le Centre de Gériatrie (Eaux-Vives). Les distances entre soignés et soignants étant relativement courtes, le pourcentage des visites à domicile est également faible. Le secteur A réalise en fait la 2ème expérience de décentralisation.
- Le secteur D, lui, représente un petit secteur géographique bien délimité dont les communications avec la "maison-mère" du Centre de Gériatrie sont faciles et rapides d'où le pourcentage des visites à domicile également faible.

En ce qui concerne les autres secteurs (C, E, F) le pourcentage élevé des visites à domicile s'explique surtout par leur situation géographique par rapport au Centre de Gériatrie et de ce fait aux distances élevées les séparant.

Ce critère des visites à domicile étant de toute évidence un des plus importants pour juger de l'effet de la décentralisation, il nous a paru opportun de faire analyser de façon plus précise les variations observées en ce qui concerne les deux types d'actes médicaux (visites à domicile et consultations ambulatoires) dans les différents secteurs.

Le résultat de cette analyse effectuée par le service statistique cantonal est reproduit dans les tableaux 15 a), 15 b), 15 c), 15 d).

Tableau 15 a)

Visites à domicile / actes médicaux, totaux

Secteurs	A	B	D	C	E	F	T
Centre médical	515	542	314	474	527	295	2.667
domicile	171	116	130	323	362	239	1.341
Total	686	658	444	797	889	534	4.008

Les actes médicaux à domicile représentent :

 $\%$ 0,25 0,18 0,29 0,41 0,41 0,45

 $\chi^2 = 169,52$ P. $\underline{P} = .0001$.

Différence significative

Tableau 15 b)

Comparaison entre secteurs A B D et C E F par rapport au $\%$ de VAD

Secteurs	A B D	C E F	total
Centre médical	1.371	1.296	2.667
domicile	417	924	1.341
total	1.788	2.220	4.008
	$\%$ 0,23	0,42	

 $\chi^2 = 191,89$ P. $\underline{P} = .0001$

Différence significative

Tableau 15 c)

Comparaison des secteurs A B D entre eux

Secteurs	A	B	D	T
Centre médical	515	542	314	1.371
domicile	171	116	130	417
Total	686	658	444	1.788
	$\%$ 0,25	0,18	0,29	

 $\chi^2 = 21,72$ P. $\underline{P} = .001$

Différence significative

Tableau 15 d)

Comparaison des secteurs C E F entre eux.

Secteurs	C	E	F	T
Centre médical	474	527	295	1.296
domicile	323	362	239	924
Total	797	889	534	2.220
	% 0,41	0,41	0,45	

$$\chi^2 = 2,85 \quad \underline{P} = .50$$

non significative

En conclusion :

Les groupements effectués pour analyser les variations entre les secteurs permettent de dégager celui (secteur B) où les visites à domicile sont significativement les moins fréquentes. Ils mettent aussi en évidence les caractéristiques propres aux secteurs A et D qui semblent avoir aussi des points communs avec le secteur B et ceux des secteurs C, E, F qui diffèrent nettement des précédents et forment un groupe homogène.

L'individualité du secteur B ressort donc nettement tout au long de ces analyses statistiques. Pour mieux étayer encore les effets de cette décentralisation, il a paru judicieux d'évaluer dans le secteur B le critère visites à domicile par rapport au nombre d'actes médicaux avant la décentralisation, soit sur une période de 15 mois également (allant d'août 1973 à octobre 1974).

Visites à domicile = 30 %

Nombre d'actes médicaux

On passe ainsi de 30 % avant la décentralisation à 18 % après la décentralisation, ce qui est tout à fait significatif.

Cinquième critère : L'ergothérapie (6)

L'ergothérapie est relativement un facteur moins significatif que celui des visites à domicile. Car outre l'indication médicale dépendant de l'appréciation personnelle du médecin et de l'équipe, interviennent de nombreuses variables telles que les distances entre le lieu de domicile et l'atelier d'ergothérapie, les conditions atmosphériques, l'intérêt du patient aux activités proposées, etc..

Pourcentage des cas fréquentant l'atelier d'ergothérapie par secteur

Secteur A : 19,9 %

Secteur B : 18,3 %

Secteur D : 5,9 %
 Secteur C : 3,3 %
 Secteur E : 3,8 %
 Secteur F : 12 %

Précisons que le pourcentage pour le secteur B a été obtenu en comptant les personnes âgées se déclarant d'accord de fréquenter le nouvel atelier d'ergothérapie du quartier (avril 1976).

Le pourcentage obtenu pour le secteur F a été obtenu en calculant le nombre de personnes âgées fréquentant l'atelier d'ergothérapie de Carouge depuis novembre 1975.

Malgré cette absence de rigueur quant aux chiffres cités, on peut tout de même déduire que l'atelier d'ergothérapie répond mieux aux besoins de la population et est plus fréquenté s'il se trouve au sein même du quartier. A cet égard, les pourcentages des secteurs B, A et F sont très significatifs.

Sixième critère : Le Foyer de Jour à Anières (7)

Ce facteur n'intervient pas dans l'évaluation de la décentralisation d'un secteur donné, mais sera utilisé par la suite quand il s'agira d'envisager l'organisation et la structure des différents satellites.

Septième critère : Les divers (les cas vus de une à trois fois) 2 b.

Ce facteur n'intervient pas non plus de façon objective dans l'évolution de la décentralisation.

Cette fonction de triage ne se verrait certainement pas grandement modifiée en cas de décentralisation.

- EVALUATION SUBJECTIVE DE L'EXPERIENCE DE LA DEMI-DECENTRALISATION DU QUARTIER B

Après plus d'une année d'expérience de demi-décentralisation du Centre de Gériatrie dans le quartier de la Jonction, tous les intéressés estiment que le résultat a été et reste extrêmement positif.

a) Apport de la dimension psychogériatrique :

Dans un quartier à forte concentration de personnes âgées et par conséquent à forte concentration de vieillards malades, l'implantation du Centre de Gériatrie a permis d'offrir un service très spécialisé et adapté aux besoins de cette population en apportant un complément indispensable à l'équipe médico-sociale existante. L'imbriication des problèmes psychiatriques, somatiques et sociaux chez la personne âgée a rendu nécessaire cette approche multidisciplinaire en vue d'une prise en charge préventive et thérapeutique efficace.

Cette antenne psychogériatrique intégrée au quartier a permis de combler une lacune importante dans ce Centre de quartier.

b) Collaboration avec les organismes travaillant au CMS :

L'insertion de l'équipe du Centre de Gériatrie à la Jonction a permis d'établir une collaboration très étroite ainsi qu'un dialogue entre les différents membres de l'équipe de quartier, ce qui a eu d'heureuses conséquences sur l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées, à savoir :

- rationalisation de la prise en charge, en évitant la multiplication d'interventions médicales et sociales par un partage des tâches selon la spécialisation de chacun.
- plus grande rapidité du passage des informations entre les différents membres de l'équipe grâce aux réunions interdisciplinaires hebdomadaires.
- meilleure sensibilisation à la problématique de la personne âgée par des discussions communes où chacun peut s'exprimer librement (colloques hebdomadaires).
- meilleure cohérence dans l'attitude thérapeutique avec soutien à tous les niveaux lors de la prise en charge de cas lourds.
- sensibilisation médicale et psychiatrique de l'équipe par des cours de formation (colloques hebdomadaires).

c) Atelier d'ergothérapie

La création d'un atelier d'ergothérapie au sein du quartier (CRAC) depuis Pâques 1976 a permis de combler une lacune importante dans le domaine de la prise en charge thérapeutique et dans l'animation en général.

En effet, nombre de personnes âgées du quartier qui refusaient jusqu'alors de se rendre au Centre de la rue du Nant pour l'atelier d'ergothérapie se sont senties nettement plus concernées par cette activité et ont accepté d'y participer avec un réel intérêt.

d) Qualité de la prise en charge

L'insertion de l'équipe du Centre de Gériatrie dans le quartier a permis dans une mesure non négligeable d'augmenter la qualité des prestations offertes aux personnes âgées et également d'améliorer la qualité des relations entre malades et équipe soignante. En effet, cette antenne du Centre de Gériatrie est devenue progressivement non seulement un lieu de traitement proprement dit mais un interlocuteur direct et personnalisé face à la personne âgée qui s'est sentie mieux soutenue dans l'abord de certains problèmes et également sécurisée.

e) Aspects négatifs dans le fonctionnement de l'antenne du Centre de Gériatrie

Tout d'abord on peut regretter que l'ensemble de l'équipe du secteur B, à savoir médecin, assistante sociale, ergothérapeute et secrétaire, ne soit pas décentralisé ce qui augmenterait l'efficacité du travail en éliminant de nombreux temps morts pour l'information principalement. (communications téléphoniques entre autres).

D'autre part, l'exigüité et le partage des locaux avec les autres membres du Centre médico-social empêchent toute extension des activités de l'antenne du Centre de Gériatrie non seulement dans les prestations en temps (les consultations ambulatoires n'ont lieu que 3 après-midi par semaine) mais également en espace (création de foyer ou d'hôpital de jour par exemple).

Evaluation des effets de la décentralisation appliquée aux autres secteurs

L'individualité du secteur B (évaluation objective), l'expérience positive de demi-décentralisation du même secteur (évaluation subjective) nous permettent de penser que la généralisation de cette expérience aux autres secteurs est une chose possible et souhaitable. Mais avant d'arriver à une telle conclusion, il paraît judicieux de reprendre les particularités de chaque secteur et de tenter d'y évaluer l'impact d'une décentralisation.

Nous ne reviendrons pas en détail sur les caractères particuliers du secteur B sur lequel nous avons basé cette étude, ils sont bien connus.

Prenons tout d'abord le secteur A.

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, ce secteur est en fait déjà décentralisé. En effet, plus de 90 % des personnes âgées de ce secteur suivies au Centre de Gériatrie sont domiciliées dans le quartier des Eaux-Vives où se trouve la "maison-mère" du Centre de Gériatrie.

Cette décentralisation de fait est encore confirmée par le pourcentage relativement bas des visites à domicile et par le recours fréquent à l'atelier d'ergothérapie.

- Le secteur D.

Ce secteur, depuis le mois d'octobre 1975, est couplé au secteur B ce qui signifie qu'une seule équipe multidisciplinaire assure la prise en charge des personnes âgées. Contrairement au secteur B, les consultations du secteur D ont lieu à la "maison-mère" du Centre de Gériatrie, à la rue du Nant.

De même que le secteur A, on remarque que le pourcentage

des visites à domicile est relativement faible par rapport à l'ensemble des actes médicaux et nous en avons expliqué la raison par les faibles distances et les bonnes communications existantes entre soignés-soignants.

Sans problèmes majeurs, les consultations de ce secteur pourraient être facilement déviées dans un autre quartier pour autant que les communications demeurent bonnes et les distances raisonnables.

- Le secteur C.

Plus de 80 % de la population âgée de ce secteur est domicilié dans les quartiers des Pâquis, Vermont et Grand-Pré.

Les communications avec le Centre de Gériatrie sont malaisées (le passage d'une rive à l'autre est difficile en raison de l'encombrement fréquent du Pont du Mont-Blanc) et les distances sont relativement longues. Ces inconvénients de fonctionnement se retrouvent dans le pourcentage élevé de visites à domicile par rapport au nombre total des actes médicaux et une utilisation faible de l'atelier d'ergothérapie.

Une décentralisation du Centre de Gériatrie dans ce secteur permettrait sans aucun doute de remédier à ces inconvénients et répondrait mieux aux besoins de la population.

- Le secteur E.

Le 80 % de la population âgée de ce secteur suivie par le Centre de Gériatrie est domiciliée dans les quartiers de la Servette, Charmilles, Délices et St. Jean.

Le 20 % environ est domicilié dans les cités telles que le Lignon, Meyrin et Vernier.

Là aussi les distances avec le Centre de Gériatrie sont longues et les communications malaisées, ce qui a pour conséquence un pourcentage élevé de visites à domicile, une utilisation faible de l'atelier d'ergothérapie. Une décentralisation du Centre de Gériatrie dans ce secteur est donc souhaitable, mais l'emplacement du satellite devrait tenir compte des consultants éloignés (Vernier, Meyrin, Lignon).

- Le secteur F.

La population âgée de ce secteur suivie par le Centre de Gériatrie est répartie de manière beaucoup plus diffuse que celle des autres secteurs. Selon une estimation faite à fin janvier 1976, la répartition des personnes âgées suivies dans ce secteur se répartit de la façon suivante :

Quartier Carouge + Acacias	: 46 %
" Onex + Bernex	: 32 %
" Lancy	: 10 %
" autres	: 12 %

En raison de cette répartition diffuse, des distances souvent très importantes séparant le domicile des personnes âgées du Centre de Gériatrie, le nombre de cas suivis habituellement à domicile est élevé ainsi que le pourcentage de visites à domicile par rapport à l'ensemble des actes médicaux (le plus élevé de tous les secteurs puisqu'il s'élève à 44 %).

La décentralisation dans ce secteur, du fait de cette répartition peut poser un problème important en ce qui concerne son lieu d'implantation mais aussi sur son efficacité et sa rentabilité.

En effet, il est difficile d'évaluer quel serait son impact sur la diminution des visites à domicile selon le lieu d'installation.

On peut apporter un début de réponse si l'on songe à l'augmentation des cas suivis en ergothérapie depuis la création d'un atelier à Carouge, en novembre 1975. (nombre de cas à l'atelier d'ergothérapie du Centre de Gériatrie avant l'ouverture de celui de Carouge 3. Nombre de cas à l'atelier de Carouge après son ouverture 11).

En transposant ce résultat aux visites à domicile, on peut à juste titre estimer qu'elles diminueraient certainement, mais dans une moindre mesure que celles des autres secteurs.

VII CONCLUSION

Après avoir comparé les différents secteurs entre eux, évalué l'impact de la décentralisation dans le quartier B et les autres secteurs, nous pouvons dégager les points essentiels suivants, points confirmant notre hypothèse de travail.

- La décentralisation diminue de façon indiscutable et dans un pourcentage relativement important les visites à domicile, par la réduction des distances entre soignés-soignants principalement et de ce fait les temps morts dus aux déplacements de l'équipe.

- La décentralisation améliore aussi la qualité des prestations en raison de la plus grande disponibilité de l'équipe.

- La décentralisation permet une collaboration très fructueuse avec les travailleurs des centres médico-sociaux qui ont à s'occuper également de la personne âgée malade et non malade. Cette collaboration entraîne une rationalisation de la prise en charge des vieillards par un partage adéquat des tâches.

- La décentralisation entraîne un meilleur quadrillage médico-social du secteur ce qui permet de réaliser un aspect important du travail gériatrique communautaire (Dr Junod), à savoir la prévention.

La décentralisation de l'ergothérapie permet de mieux répondre aux besoins de la population âgée en offrant sur place un appoint thérapeutique indispensable à la prise en charge médico-sociale et de par son intégration au sein du quartier pouvant étendre son activité et au domaine de l'animation en général.

- Enfin, la décentralisation permet dans une certaine mesure de réaliser une première étape dans la création des centres de quartier.

- En conclusion, la décentralisation du Centre de Gériatrie nous semble être une mesure souhaitable pour permettre d'aboutir à la création d'un dispositif gériatrique original dans le Canton de Genève où l'équipement actuel en matière gérontologique et gériatrique prend des proportions de plus en plus grandes mais aussi malheureusement amenant des graves difficultés dans la coordination des différents services intéressés qui ont pour conséquence de diminuer l'efficacité de la prise en charge des vieillards.

Si l'on opte pour le concept de travail gériatrique coordonné et communautaire, le Centre de Gériatrie y occupe une place de

choix mais il ne doit en aucun cas coiffer de son autorité les autres organisations existantes ni en être le parent pauvre. Il convient donc de réaffirmer son identité et ses particularités dans le dispositif actuel s'occupant de la personne âgée.

Le Centre de Gériatrie s'occupe de la personne âgée malade en offrant des services médicaux (somatiques et psychiatriques) et sociaux. C'est le rôle qu'on lui connaît depuis sa création en 1966.

Le développement continu de ce centre au cours des dernières années, son utilité et son efficacité s'étant également progressivement affirmé dans le maintien de la santé physique et mentale du vieillard, on peut estimer à juste titre qu'il est extrêmement bien placé pour jouer un rôle essentiel dans la coordination des efforts consacrés à la personne âgée à Genève.

La décentralisation du Centre de Gériatrie, outre les impératifs de fonctionnement rationnel auquel il est étroitement lié, doit donc permettre également d'améliorer cette coordination entre les différents services gériatriques.

Ces différentes fonctions vont jouer un rôle important dans le choix de l'emplacement des satellites ainsi que dans leur nombre.

En ce qui concerne le nombre on peut dire que celui-ci est avant tout déterminé par les critères de fonctionnement interne du Centre de Gériatrie et que les problèmes de coordination interviennent peu.

Par contre, ces derniers sont relativement importants en ce qui concerne l'emplacement des satellites, outre évidemment les problèmes de communication et de distance.

1) Nombre de satellites

Idéalement on pourrait penser que chaque quartier de la Ville de Genève ainsi que chaque région du canton devrait avoir en son sein un satellite du Centre de Gériatrie. Sans être totalement utopique, la réalisation d'un tel dispositif ne tiendrait compte ni du problème démographique et géographique, ni du problème du coût. En effet, il ne faut pas oublier que le Canton de Genève est pratiquement un canton-ville, très limité en surface et que l'aspect sanitaire diffère passablement d'un canton beaucoup plus étendu.

En tenant compte de ces différents facteurs dans le canton de Genève, on peut proposer la création du dispositif suivant :

maison-mère et 2 satellites

que l'on peut représenter selon le schéma suivant :

maison-mère
+ 1 secteur

1er satellite
2 secteurs

2ème satellite
2 secteurs

On constate donc que chaque satellite est composé de deux équipes de secteurs différents à l'exception de la maison-mère, qui elle-même n'est composée que d'un seul secteur mais comportant la direction médicale et tout l'appareil administratif nécessaire au fonctionnement du Centre de Gériatrie.

Ce dispositif tel qu'il est envisagé est déterminé par les facteurs suivants :

- La maison-mère se trouve actuellement à la rue du Nant, au milieu du secteur Eaux-Voves. Les locaux sont bien disposés et possèdent une superficie qui permet le fonctionnement de tout l'appareil administratif ainsi que d'un secteur (le A en l'occurrence).

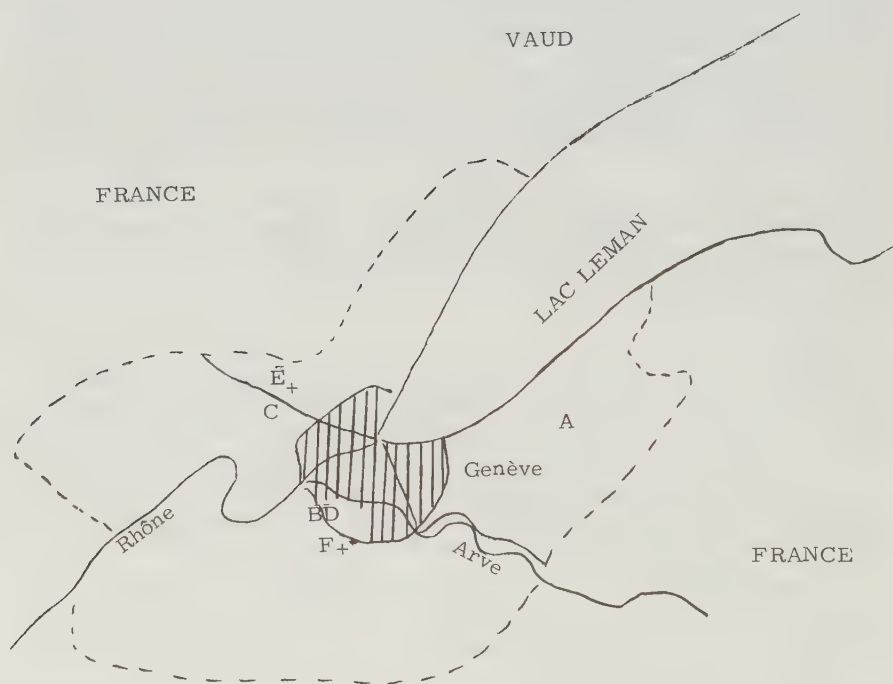


Fig. 6. Couplage des secteurs

L'espace libéré par les autres secteurs en cas de décentralisation permettrait au secteur en question d'étendre ses activités.

- La création de deux satellites composés chacun de 2 secteurs différents mais voisins géographiquement semble être la mesure la plus rentable et la plus économique.

On peut citer deux exemples à ce sujet :

1) l'atelier d'ergothérapie qu'il soit peu ou beaucoup fréquenté doit disposer de vastes locaux avec un matériel important. Il est donc évident que la création de deux ateliers à la place de quatre permettrait de réaliser une économie substantielle.

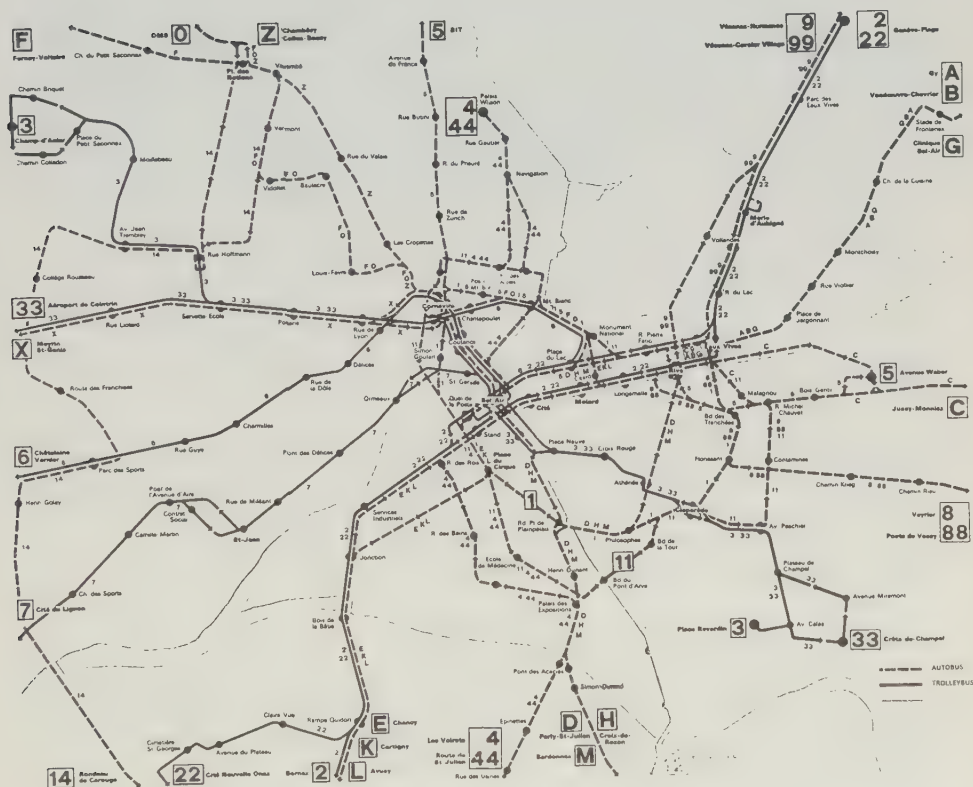


Fig. 7. Principales lignes desservies par les transports en commun genevois.

2) Les lignes téléphoniques sont longues à placer et coûteuses, là aussi d'importantes économies pourraient être réalisées si l'on se limite à la création de 2 satellites seulement.

Prenant en considération les problèmes de concentration géographique des patients, les problèmes de communication ainsi que les problèmes de coordination avec les autres institutions (CMS en particulier), nous proposons les emplacements des satellites aux endroits suivants :

- premier satellite comprenant les secteurs E et C dans le quartier de la Servette.
- Deuxième satellite comprenant les secteurs BD et F dans le quartier des Acacias.

Dans les deux quartiers cités, les communications avec le reste de la ville et du canton sont bonnes, particulièrement en ce qui concerne les transports en commun (fig. 7).

Sur le plan de la rentabilité, le couplage de 2 secteurs au sein même du satellite va permettre une utilisation optimale des locaux mis à la disposition ainsi qu'une collaboration étroite entre les 2 équipes multidisciplinaires, collaboration se réalisant non seulement au niveau de mode de fonctionnement, mais aussi au niveau des problèmes posés par les prises en charge des vieillards.

En ce qui concerne la collaboration entre équipes, celle-ci serait tout particulièrement au premier plan en ce qui touche l'ergothérapie.

En effet, sur l'ensemble des ergothérapeutes travaillant au Centre de Gériatrie, on a des ergothérapeutes de formation
des ergothérapeutes avec formation de psychologue
des ergothérapeutes avec formation de soins infirmiers en
psychiatrie.

On peut déjà entrevoir quelles pourraient être les prestations à l'atelier d'ergothérapie du satellite en utilisant les compétences propres de chaque ergothérapeute s'ils sont répartis de façon judicieuse. (groupe de mobilisation, psychothérapie de groupe, sociothérapie, utilisation des compétences de l'infirmier pour pose de perfusion par exemple s'il s'agit d'un hôpital de jour, etc...).

2) Implantation des différents satellites

Cette implantation des satellites ainsi que le problème du groupement d'équipe dépend des facteurs géographiques et enfin des problèmes de coordination avec les institutions existantes s'occupant de la personne âgée.

Comme nous l'avons dit en considérant le nombre de satellites, le secteur A doit rester dans les locaux de la rue du Nant, puisque le 90 % de la population âgée du secteur suivie par le Centre de Gériatrie se trouve dans le quartier des Eaux-Vives.

Pour les autres secteurs, d'après l'étude comparative traitée dans ce travail, il semble raisonnable de coupler le secteur C avec le secteur E, et de coupler le secteur F avec le secteur BD qui sont des secteurs voisins. On obtiendrait ainsi du Canton de Genève un gâteau à trois tranches, chaque tranche dépendant d'un satellite et comprenant 1 à 2 secteurs géographiques voisins ayant chacun son équipe multidisciplinaire (fig. 6).

En ce qui concerne la collaboration avec les CMS, le satellite implanté dans le quartier de la Servette pourra collaborer avec les CMS de la rue Hoffmann (Grand-Pré), du Grand-Saconnex et Saint-Jean.

Le satellite implanté aux Acacias pourra collaborer avec les CMS de la rue Vauthier (Carouge), de la rue du Vélodrome (Jonction), Lancy et Onex.

Le secteur A à la maison-mère continuera la collaboration avec le CMS de la rue de Montchoisy (Eaux-Vives).

3) Approche concernant la structure et le fonctionnement du satellite.

Les locaux doivent être spacieux (250 m² au minimum pour permettre à 2 secrétaires, 2 assistantes sociales, 2 médecins, 2 ergothérapeutes, 1 chef de clinique, d'y travailler dans de bonnes conditions.

L'atelier d'ergothérapie doit pouvoir assurer cette fonction mais s'approcher de la formule Foyer de jour qui permet sans aucun doute possible d'éviter des hospitalisations et même vers la formule d'Hôpital de jour.

Le choix judicieux d'ergothérapeutes spécialisés (1 infirmier(e) et un psychologue-ergothérapeute) permettrait de valider cette formule.

Une salle devrait être réservée aux colloques entre équipes ainsi qu'aux rencontres de coordination avec les autres institutions s'occupant des personnes âgées.

VII R E S U M E

Ce travail est consacré à l'étude des avantages et des inconvénients d'une activité décentralisée du Centre de Gériatrie. Il se fonde sur une expérience de décentralisation ayant débuté en 1974 et limitée à un seul secteur du Centre de Gériatrie.

La comparaison systématique des activités entreprises dans le cadre du secteur décentralisé avec celle menée dans les autres quartiers souligne les avantages d'une telle mesure. Les principaux bénéfices que l'on peut retirer de la décentralisation sont les suivants :

- rationalisation de la prise en charge grâce à une meilleure collaboration avec les autres institutions concernées par les personnes âgées,
- apport d'une dimension préventive à l'action gérontologique et gériatrique en raison d'une intégration meilleure de l'activité au sein même du quartier,
- diminution de la fréquence des visites à domicile en raison d'une meilleure mobilisation des malades âgée,
- l'impact d'une extension de cette expérience à l'ensemble du Centre de Gériatrie est étudié et des modalités pratiques de décentralisation sont proposées.

VIII BIBLIOGRAPHIE ---

1. ALBRECHT, R. : La Suède et la politique du troisième âge. Notes Etud. Doc., (3947), pp. 1-33 (1972).
2. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION : Coordinated activity programs for the aged; a how-to-do-it manual. The Association, Chicago, 1975.
3. ANDERSON, F. : Rapport des journées de Gériatrie d'Yvry, 1973.
4. ARNION, J.-M. : La société et les vieillards. Spes, Paris 1961.
5. ARTINGSTALL, D.-C. : Problems in Starting a Health Centre, Midl med. Rev. 8, p. 77 (1972).
6. ASIEL, M. : Organization of information centers for the aged persons. Brux. méd., 53, pp. 101-106 (1973).
7. AUBRY, J.-C. : Les relations sociales de personnes âgées habitant en appartements regroupés au sein d'un grand ensemble. Travail du centre et de l'hôpital de Gériatrie, Genève, 1973.
8. BALIER, C. et BOURGERON, G. : Fonctionnement d'un centre de jour pour personnes âgées à Paris. Rapport du VIIe Congrès international de Gériatrie, Vienne, 1966.
9. BALIER, C. : Hygiène mentale et vieillissement. Dans Bourlière, F. : Progrès en gériatrie, Paris 1969.
10. BELL, W. G. : Community care for the elderly; an alternative to institutionalization. Gerontologist, 13, pp. 349-354 (1973).
11. BELL, B. -D. : Evaluation du service rendu par une unité mobile de soins aux personnes âgées. The gerontologist, 2, pp. 100-103 (1975).
12. BEVERLEY, E. V. : Unique organization helps seniors declare, win, and keep their independence. Geriatrics, 30, n° 8, pp. 114-117 et 121-124 (1975).
13. BURCH, G. et COLLOT, C. : Les personnes âgées dans leur ville. Centre de gériatrie sociale, Paris, 1972.
14. BUREAU CANTONAL DES STATISTIQUES : Estimation de l'effectif des personnes âgées de plus de 65 ans à fin 1968 et fin 1973, Genève, 1965.

15. BUREAU CANTONAL DES STATISTIQUES : Population résidente selon le sexe et la classe d'âge à fin 1973, Genève 1974.
16. CENTRE INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE SOCIALE : Le personnel soignant en gériatrie à l'hôpital et en ville. 9ème colloque du CIGS, 1975.
17. CICPA, HOPITAL DE GERIATRIE, CENTRE DE GERIATRIE : Rapports 1967-1972.
18. COMMISSION GENEVOISE CHARGÉE D'ETUDIER L'ENSEMBLE DES PROBLEMES RELATIFS A LA VIEILLESSE : Rapport 1965.
19. COMMUNAUTE SUISSE POUR L'ETUDE DES PROBLEMES DE LA VIEILLESSE : Les problèmes du 3ème âge en Suisse, 1975.
20. CONABLE, Jr. -R. -B. -B. : Point de vue : Le concept de centre communautaire doit augmenter les possibilités de choix pour les soins de longues durées. *Gériatries*, 29, n° 11, p. 51 (1974).
21. COSTAIN, W. R. and GRAD, J. : The effects of a community service on the referral and admission rates of elderly psychiatric patients. *Psychiatric Disorders in the Aged*. Manchester: Geigy, U.K., pp. 23-37, (1965).
22. CUNY, G. : Besoins et problèmes en gérontologie. *Revue de gérontologie* 4, 5, (1975).
23. CUNY, G. : Problèmes médicaux du grand âge. *Rev. Géront.* 1, pp. 55-58, (1974).
24. CUTLER, S. -J. : Rôle des facilités de transport sur la satisfaction de vivre. *The Gerontologist*, 2, pp. 155-159, (1975).
25. DEPARTEMENT DE LA PREVOYANCE SOCIALE ET DE LA SANTE PUBLIQUE : Les personnes âgées, 1973.
26. FREEMAN, J. -T. : L'enseignement universitaire est la base de l'amélioration des soins aux personnes âgées. *Geriatrics*, 29, n° 12, pp. 98-104, (1974).
27. GILLIAND, P. : Vieillissement démographique et planification hospitalière. Service de la Santé publique du Canton de Vaud. Thèse, Lausanne, 1969.
28. GLASS, S. C. : Ateliers pour personnes âgées. *Gerontologia Clinica*, 16, n° 5-6, pp. 307-314, (1974).
29. GODA, G. : Expérience gériatrique de médecine intégrée à Genève, 1975.
30. GORDIN, J. : Le maintien à domicile des personnes âgées. *Rev. Géront.* 3, pp. 63-64, (1972).
31. HALL, R. P. : Les soins de jour dans la société. *Gerontologia Clinica*, 16, n° 5-6, pp. 307-314, (1974).

32. HOCHMANN, J. : Pour une psychiatrie communautaire. Seuil, Paris 1971.
33. L'Hôpital Gériatrique : Seule solution au problème de la vieillesse malade. *Praktische Psychiatrie* 52, pp. 346-357, (1973).
34. HUET, J.-A. : La multidisciplinarité : une nécessité pour l'évolution de la Gérontologie sociale. Rapport du comité européen de recherche sociale, 1972.
35. JUNOD, J.-P. : Problèmes relatifs à l'admission et au placement des vieillards hospitalisés. *Vespa* 8, pp. 362-363 (1968).
36. JUNOD, J.-P. : Activités d'un centre pour personnes âgées. *Revue médicale de la Suisse romande* 5, pp. 359-367, (1968).
37. KOLFLAT, F. : Denmark home is a center of activity. *Mod. nurs. Home*, 31, n° 1, pp. 51-52, (1973).
38. LAURENT, M. : Le maintien à domicile : principe et structure des soins adaptés. *Les Cahiers Sandoz* 29, pp. 5-59, (1975).
39. LOWENTHAL, M.F. : Social isolation and mental illness in old age. *Amer. soc. Rev.*, n° 29, 1, pp. 54-70, (1964).
40. MACMILLAN, D. : Preventive geriatrics. *Lancet*, II, pp. 1439-1441, (1960).
41. MARTIN, E. : Hygiène générale du vieillissement. *Revue de Médecine préventive* 16, n° 1, 1970.
42. MATLACK, D.-R. : L'Hôpital de jour gériatrique. *The Gerontologist* 2, pp. 109-113 (1975).
43. Medicare coverage for occupational therapy services. *Amer. J. Occup. Ther.*, 28, pp. 109-110 (1974).
44. OFFICE STATISTIQUE DE L'ETAT DE VAUD : Les consultants du centre ambulatoire de psycho-gériatrie de Lausanne de 1968-1971. 1974.
45. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : Planification et organisation des services de gériatrie. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS, Genève 1974.
46. RAPPORT DE LA COMMISSION D'ETUDE DES PROBLEMES DE LA VIEILLESSE : Les problèmes de la vieillesse en Suisse, 1966.
47. RERAT, K. : A propos d'une expérience de psychiatrie de Secteur. Thèse psychi., Genève, 1974, n° 3373.
48. SALTER, C.de L. et SALTER, C.A. : Effects of an individualized activity program on elderly patients. *Gerontologist*, 15, pp. 101-106 (1975).
49. SHORE, H. : Alternatives to institutional care; fact. or fancy ? *J. Long. term care Adm.*, 2, n° 1, pp. 23-35 (1973).

50. TOURNIER, P. : Apprendre à vieillir. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel 1971.
51. VUKOVIC, Z. : Quelques aspects du vieillissement du point de vue de la santé publique. Rapport au comité européen de recherche sociale, 1972.
52. WILSON, M. : Caring for an ageing population. The problem for society. Nurs. times, 69, pp. 486-488 (1973).
53. WEIDELI, W. : Ne déracinez pas les vieillards, c'est un crime! Construire, 1971.

IX TABLE DES MATIERES

	pages
I INTRODUCTION	5
Considérations démographiques	5
Création du Centre	7
II HYPOTHESE DE TRAVAIL	23
III METHODE	24
IV OBSERVATIONS	26
Secteur A	26
Secteurs B et D	28
Secteur C	30
Secteur E	32
Secteur F	34
Tableau récapitulatif	36
V RESULTATS ET DISCUSSION DES RESULTATS	40
Evaluation objective	
Evaluation subjective	45
Extension à l'ensemble du Centre de Gériatrie	
VI CONCLUSION	50
VII , RESUME	56
VIII BIBLIOGRAPHIE	57
IX TABLE DES MATIERES	61

